This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

State
AUG 18 1923
B 499314 c

Sammlung zwangloser Abhandlungen
zur
Neuro- und Psychopathologie
des Kindesalters

Unter Mitwirkung von
Prof. Dr. **Ibrahim**
Professor für Kinderheilkunde in Jena
Dr. **Trömner**
Nervenarzt in Hamburg
Prof. Dr. **Kramer**
Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie in Berlin

herausgegeben von
Prof. Dr. **Ewald Stier**
Oberstabsarzt und Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie in Berlin

Erster Band. Heft 5

Die Schreck-Neurosen des Kindesalters

Von

Dr. Kurt Singer

Jena
Verlag von Gustav Fischer
1918

Z XI
Digitized by Google

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Sammlung zwangloser Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. Ibrahim, Professor für Kinderheilkunde in Jena

Dr. Trömner, Nervenarzt in Hamburg

Prof. Dr. Kramer, Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie in Berlin

herausgegeben von

Professor Dr. **Ewald Stier,**
Oberstabsarzt und Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie in Berlin.

Erster Band. Heft 1—3:

Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern

Von Dr. **Ewald Stier.**

(V, 135 S. gr. 8°.) 1913. Preis: 3 Mark 60 Pf.

Inhalt: Zur Einführung. — Einleitung. Material und Grundlage der Arbeit. Zahlen. Häufigkeit. Verteilung auf die Geschlechter. — A. Physiologisches und pathologisches Fortlaufen. Allgemeines. Prinzipien der Abgrenzung 1. Die Tat selbst. 2. Die Persönlichkeit des Täters. — B. Das pathologische Fortlaufen und seine Beziehungen zu psychischen Krankheitszuständen. 1. Psychosen. 2. Epilepsie. 3. Hysterie. 4. Schwachsinn. 5. Die psychopathischen Kinder. a) Psychopathen mit krankhaft gesteigerter Affektreaktion. b) Psychopathen mit krankhaft gesteigerter Phantasietätigkeit. c) Psychopathen mit schweren ethischen Defekten. d) Sonstige Psychopathen. e) Familiärer Wandertrieb bei psychopathischen Kindern. — Anhang: Fortlaufen bei verwahrlosten Kindern ohne ausgeprägt pathologische Grundlage. — C. Prognose. — D. Therapie. — Zusammenfassung.

Heft 4:

Klinische Beiträge zur Lehre vom angeborenen Kernmangel

Von Dr. **Martha Ulrich.**

(IV, 74 S. gr. 8°.) 1913. Preis: 2 Mark 50 Pf.

Die Sammlung hat einzig und allein einen wissenschaftlichen Zweck; es sollen auf Grund eigener Beobachtungen und Erfahrungen der Verfasser kleine Spezialfragen einer gründlichen und eingehenden Untersuchung entzogen werden und so neues wissenschaftliches Tatsachenmaterial gesammelt werden, das umfassenderen und allgemeineren Betrachtungen zur Grundlage dienen kann.

Durch die gemeinsame Arbeit von Psychiatern, Neurologen und Kinderärzten der verschiedensten Gegenden Deutschlands dürften Vollständigkeit des Materials und eine glückliche Ergänzung der wissenschaftlichen Betrachtungen und Arbeitsmethoden gesichert sein.

Die Sammlung erscheint zwanglos in Heften, die zu Bänden von etwa 24 Bogen Umfang vereinigt werden. Jede Abhandlung ist auch einzeln käuflich.

Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Von Professor Dr. **Martin Reichardt** in Würzburg. Zweite neu bearbeitete Auflage des Leitfadens zur psychiatrischen Klinik. Mit 95 Abbildungen im Text. (XVI, 605 S. gr. 8°.) 1918. Preis: 20 Mark, geb. 23 Mark.

Über die Nervosität der Schuljugend an der Kgl. ungar. Von **Heinrich Schuschny,** Schularzt und Prof. der Hygiene Bezirk zu Budapest. 1895. Preis: 75 Pf.

Digitized by Google

Sammlung zwangloser Abhandlungen

zur

Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters

Erster Band. Heft 5

Digitized by Google

Sammlung zwangloser Abhandlungen

zur

Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. **Ibrahim**
Professor für Kinderheilkunde in Jena

Dr. **Trömner**
Nervenarzt in Hamburg

Prof. Dr. **Kramer**
Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie in Berlin

herausgegeben von

Prof. Dr. Ewald Stier
Oberstabsarzt und Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie in Berlin

---

Erster Band. Heft 5

Die Schreck-Neurosen des Kindesalters

Von

Dr. Kurt Singer

Jena
Verlag von Gustav Fischer
1918

Digitized by Google

Die Schreck-Neurosen des Kindesalters

Von

Dr. Kurt Singer
Nervenarzt in Berlin

Jena
Verlag von Gustav Fischer
1918

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

Digitized by Google

Vorwort.

Die vorliegende Arbeit entstand in den Jahren 1911 bis 1913, sie lag vor Beginn des Krieges fast abgeschlossen vor. Es sind dennoch die überzahlreichen Publikationen über Psychogenien und Hysterie, traumatische und Schreckneurose, die allein in der Kriegszeit entstanden sind, ergänzend berücksichtigt und in unser Thema eingearbeitet worden. An den hier niedergelegten Anschauungen konnte aber die Verwertung der Kriegsneurose-Erfahrungen prinzipiell nur wenig ändern. Die meisten Fragen, die jetzt wieder so aktuell geworden sind bei der Gruppierung und klinischen Anweisung der verschiedenen Neurosenformen, waren auch im Friedensbetrieb der wissenschaftlichen Forschung im ständigen Blickpunkt des Interesses; den meisten gegenüber hatte ich versucht, andeutend oder in ausführlicher Darstellung Farbe zu bekennen. Die Entwicklung der Hysterie-Forschung zwang ja auch früher dazu. Wie weit die Ansichten der Beobachter da auseinander gingen, wird jedem auffallen, der etwa die folgenden Seiten mit einschlägigen Arbeiten von Charcot, Oppenheim, Bruns vergleicht. Eine mehr psychiatrische und psychologische Einstellung auf das gewählte Thema führte lange schon dazu, den Wert körperlicher Zeichen, den der Stigmata herabzusetzen oder zu vernachlässigen auf Kosten einer nachdrücklicheren Analysierung des psychischen Gesamthabitus, sowie der offen und versteckt daliegenden Krankheitsursachen, Krankheitswünsche, der pathologischen Triebe und der bewußten und unbewußten Zwecke. Die hysteschen Symptome, auf deren Gruppierung und systematische Darstellung Charcot einen so ungeheuren Wert gelegt hatte, sind uns heute wesentlich gleichgültiger, als die Erforschung des Wegs, auf dem ein psychischer Reiz, eine Emotion, ein Affekt zur krankhaften hysterischen Manifestation geleitet wird. Die Form hysterischer Anfälle, die Abzirkelung psychogener Empfindungsstörungen interessiert uns viel weniger, als die Analysierung der hysterischen Psyche, das Versenken in den verborgenen Mechanismus der Krankheitsentstehung, wie es Janet zuerst forderte und lehrte. Auch ohne Freud war diese Lehre von den psychogenen Erkrankungen in den letzten 20 Jahren in regem, unaufhörlichem Fluß. Die Beobachtungen im Kriege haben hinter alle bisherigen Forschungen den Schlußpunkt, zu dem schon die autoritative Feder angesetzt war, wieder energisch verwischt. Wesentlich Neues ist in der Hysteriefrage kaum geschaffen worden, das Bedeutsame ist mehr didaktischer und ordnender Natur, als daß es an den Grundlagen rüttelte. Die energisch versuchte

Digitized by Google

Trennung der traumatischen Neurose Oppenheims von der eigentlichen Hysterie muß als mißlungen betrachtet werden. Nach wie vor ist und bleibt die Hysterie, wie die Schreckneurose im engeren Sinne, der Idealfall der nicht-somatischen, funktionellen seelisch-nervösen Erkrankung. Daß sich hier langsam und entschieden Linien ausgewachsen haben, die in der Neurosenforschung als richtungweisend nie mehr verschwinden können, das hat die umfassende Zustimmung zu den Referaten Nonne und Gaupp auf dem Neurologentag in München 1916, hat desgleichen das Referat Bonhoeffers bei der Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in München bewiesen. Die Einigkeit ist gewiß noch keine vollendete, und es werden nach möglichster Sammlung alles vorhandenen Materials noch genug Grenzberichtigungen stattfinden in Seiten- und Nebenfragen, die z. T. allerdings auch nur Fragen der Nomenklatur sind; aber aus der einmal gewonnenen frontalen Richtung kann die Lehre von den Neurosen nicht mehr geworfen werden. Gerade weil die vorliegende Arbeit sich zunächst nur an der Literatur der Friedenszeit orientierte und weil sie versucht, aus eigenen Beobachtungen (als Assistent der Nervenpoliklinik der Kgl. Charité) heraus Stellung zu den Fragen der psychogenen Erkrankungen bei Kindern zu gewinnen, dürfte die Bearbeitung dieses speziellen Falls der „Schreckneurosen" ein kleines Steinchen an dem Riesenbau der funktionellen Nervenkrankheiten sein.

Wie weit die Schreckneurose im engeren, die Schreckhysterie im weiteren Sinne bei den Kindern symptomatologisch, prognostisch usw. von den gleichen Krankheitsformen bei den Erwachsenen abweicht, dazu konnten natürlich mit Erfolg die vielen Erfahrungen des Kriegs herangezogen werden. Auch hier sind ja nach Emotion, Schreck u. a. wirklich psychotische Bilder (Stupor, paranoide, manische und depressive Zustände) so gut wie nie bei vorher Gesunden beobachtet worden. Und es wird sich zeigen, daß psychologisch betrachtet mancherlei in der Entstehungsgeschichte der Psychoneurosen des Kindesalters und der Hysterie der Soldaten vollkommen identisch ist, und daß gerade die symptomatologischen und therapeutischen Differenzen uns wieder rückwärts schauend bessere Einblicke in die beiderseitigen Erkrankungen geben können. Die eigenen Erfahrungen, die ich dabei während dreier Jahre zuerst als Leiter einer großen Kriegsneurosenstation im Felde, jetzt im Betriebe einer Spezialnervenabteilung der Heimat gewonnen habe, mußten natürlich an vielen Stellen bei der erneuten Durchsicht der Arbeit ebenso verwertet werden, wie die mir bekannt gewordene Literatur. Wenn dabei, wie gesagt, keine Umarbeitung, sondern nur eine Ergänzung und besondere Problemstellung im alten Rahmen notwendig wurde, so erreichte ich damit hoffentlich, daß die Einheitlichkeit der Arbeit gewahrt werden konnte, ohne daß der allgemeine Standpunkt ein rückständiger, veralteter blieb.

Berlin, Oktober 1917.

Kurt Singer.

Digitized by Google

Inhaltsangabe.

Vorwort V

Inhaltsangabe VII

I. Der Schreck als Ätiologie psychischer und neurotischer Störungen 1

(Skepsis den subjektiven Angaben gegenüber. — Seltenheit von Kinderpsychosen. — Normale Schreckreaktion. — Erwachsene und Kinder in ihrem Verhalten gegenüber Schreckeinwirkungen. — Krankhafte Reaktion. — Verschiedene Temperamente und verschiedene Empfänglichkeit der Kinder.)

II. Statistisches und Historisches über Psychosen des Kindesalters 8

(Friedmanns Einteilung. — Kasuistik älterer und jüngerer Literatur. — Unterscheidung von neurotischen Erscheinungen vor und nach der Pubertät. — Berechtigung dieser Unterscheidung. — Intelligenz und affektive Psychose. — Charakter der Kinder. — Schwierigkeit statistischer Angaben. — Statistik für Kinder und Erwachsene.)

III. Die körperlichen Begleiterscheinungen des Schrecks. 22

(Physiologie der körperlichen und psychischen Erscheinungen. — Abhängigkeitsverhältnis von seelischen und körperlichen Erscheinungen. — Ablehnung der Theorie James-Lange. — Plethysmographisches. — Gefäßnerven des Gehirns (Weber) und Vasomotorenzentrum im Gehirn. — Hirnrinde und Erregung. — Assimilation und Dissimilation. — Die drei Stufen des Reaktionsablaufs.)

IV. Eigene Beobachtungen von krankhafter Schreckreaktion bei Kindern 31

V. Allgemeine Folgerungen aus den klinischen Beobachtungen. 42

(Die Art des auslösenden Schrecks. — Psychische Folgeerscheinungen. — Vorübergehende und anhaltende Störungen. — Erbliche Belastung. — Verteilung auf die Geschlechter. — Dauer und Heilungstendenz.)

VI. Pathogenese der Schreckerkrankungen 49

(Schreckhysterie. — Psychogene und hysterische Erkrankungen. — Wesensbestimmung hysterischer Reaktionen. — Gesundheitsgewissen. — Besonderheiten der kindlichen Hysterie. — Hysterischer Charakter. — Schreckneurose. — Kardiovaskuläre Symptome. — Schreck als event. Auslösung latenter Psychosen.)

VII. Prognose 68

VIII. Therapie 69

Digitized by Google

Digitized by Google

I.

Der Schreck als Ätiologie psychischer und neurotischer Störungen.

Der Schreck als Ätiologie nervöser und psychischer Erkrankungen wird im allgemeinen von den Ärzten ebenso unterschätzt, wie seine krankmachende Bedeutung vom Laienpublikum übertrieben aufgefaßt und dargestellt wird. „Forscht man bei der Erhebung der Anamnese nach der Ursache der seelischen Erkrankung, so begegnet man ausschließlich der landläufigen Vorstellung, es seien schreckhafte persönliche Erlebnisse, welche auf rein seelischem Wege die Geisteskrankheiten zutage fördern. Der Schreck gilt in erster Linie als auslösende Ursache der Nerven- und Geisteskrankheiten.“ Diese Bemerkung Behrs ist wohl nur in Hinsicht auf seine vorwiegend russische Klientel im ganzen Umfange richtig; denn dort spielt gewiß der Schrecken des Progroms in der Ätiologie der Neurosen und funktionellen Geistesstörungen eine sehr große Rolle. Aber auch bei uns ist diese Rolle nicht zu unterschätzen, obschon bei uns die elementaren Einwirkungen des Schrecks durch Katastrophen u. ä. durchaus ungewöhnlich sind[1]).

Die Laien, die bei irgendwelchen psychischen Erkrankungen in der Familie schnell nach einem ihnen plausiblen, naheliegenden Grund suchen, eruieren eine heftige Aufregung, eine Gemütserschütterung, einen Shock oder Schreck sehr schnell selbst dann, wenn die Ätiologie schon zeitlich mit dem Beginn der Krankheit nicht ohne starken Zwang zu verbinden ist. Nachträglich werden Momente, die ohne jede Bedeutung sind, vergröbert und übertrieben in den Gang der Krankheitsentwicklung eingeschoben und als auslösende oder erregende Ursache geschildert. Erinnerungsfälschungen laufen hier gern unter, und besonders, wenn es sich um psychische Alterationen des Kindesalters handelt, werden die anam-

[1]) Im Krieg hat diese Ansicht für die Erwachsenen zwar eine einschneidende Wandlung erfahren müssen, für die Kinder aber bleiben die katastrophalen Schreckeindrücke auch heute noch selten. Ich wenigstens habe in der Bevölkerung bei Fliegerangriffen psychoneurotische Erscheinungen bei einem Kind nur ein einziges Mal während zweier Jahre gesehen: einen Zustand von depressiver Erregung bei einem 10jährigen Mädchen, dessen Mutter an hysterischen Krämpfen litt.

Digitized by Google

nestischen Angaben, die sich aus den Selbstbeobachtungen der Unmündigen und den Deutungen der Erwachsenen so seltsam mischen, undeutlich, unkontrollierbar, und verlieren oft ganz ihren Wert. Jeder Psychiater kennt das; und es ist besonders dann wichtig, psychische Erregungen, wie Angst oder Schreck als ätiologisch für eine bestimmte, länger anhaltende Erkrankung abzulehnen, wenn es sich um die Einwirkungen der Schule, des Lehrers handelt, Faktoren, die nach der Meinung mancher Eltern in einem feindlichen Verhältnis zu ihnen selbst und zu ihren Erziehungstendenzen stehen. Hier ist doppelte Vorsicht bei der Bewertung elterlicher Angaben am Platze. Wir haben in diesem Sinne all die Fälle, bei deren Beurteilung das psychische Trauma übertrieben dargestellt schien, in unserer Arbeit von vornherein ausgeschieden.

Noch aus einem anderen Grund scheint die Ansicht der Ärzte ihre Berechtigung zu haben, die annehmen, daß bei Kindern selten ein psychisches Trauma, wie etwa der Schreck, die eigentliche Ursache einer psychotischen oder psychopathischen Reaktion ist. Und zwar ist das die relative Seltenheit des Auftretens von affektiven Psychosen im Kindesalter gegenüber der enormen Häufigkeit schreckhafter Einwirkungen, denen gerade das Großstadtkind zu Hause und auf der Straße ausgesetzt ist. Selbst in der Zeit, von der gelegentlich MOREAU spricht, da die Kinder gewohnheitsgemäß an die Leichen der Eltern geführt wurden, um deren kalten Mund zu küssen, beobachtete man wenig pathologische Gemütszustände bei Kindern.

Das Gehirn der Kinder ist für psychische Einflüsse selbst geringfügiger Art zwar sicher sehr empfänglich, aber es ist widerstandsfähiger und erholungsfähiger, als das der Erwachsenen, das psychische Gleichgewicht wird trotz oder wegen des Mangels an rein intellektuellen Umbildungen, Deutungen, Fortführungen des psychischen Reizes schnell und nachhaltig wiederhergestellt. Es gehört wohl Lebenserfahrung dazu, um die Wirkung unlustbetonter, mit Gemütsbewegung einhergehender äußerer Reize zu langdauernden, wirklichen Wahnbildungen, chronischen Verstimmungen anwachsen zu lassen. Die rein gefühlsmäßig gesetzten Einflüsse auf das kindliche Gehirn weichen neuen, lustbetonten Reizen, Ablenkungen schneller, als wenn der Verstand die Größe der Gemütserschütterung und ihre Folgen ganz erfaßt, ihre Form und Tragweite an bekannten Beispielen mißt und ihre Konsequenzen für die Gesamtgestaltung des Lebens abwägt. Melancholie im Kindesalter ist daher bei der Flüchtigkeit und Intensitätsschwäche psychischer Eindrücke im Kindesalter überaus selten. Wie man denn in früherer Zeit die Möglichkeit von kindlichen Psychosen überhaupt bestritt.

So wurde noch bis in jüngere Zeit hinein oft der vermittelnde Standpunkt eingenommen, daß ein psychisches Trauma zwar nicht den Kern einer Psychose veranlassen, wohl aber „auslösend" auf den Beginn der Erkrankung wirken könne. Es sollten Schreck, Angst, Erregung,

Digitized by Google

Erschütterung nur da mehr als vorübergehende, normale psychische Reaktionen hervorrufen, wo durch erbliche Belastung der Boden für das Auftreten echter reaktiver Psychosen fruchtbar gemacht war. Das gilt sicher für viele Fälle, wie es auch bei guter Beobachtung für manche Fälle von Chorea, Tetanie, Basedow gilt; sicher aber nicht für alle die, bei denen es durch den Einfluß psychischer Insulte zu den Zeichen psychopathischer Konstitution kommt. Hier könnte man einwenden, daß nur bei psychisch Minderwertigen derartige Reize dauernde Schädigungen setzen könnten; daß also entweder bei latenter psychopathischer Konstitution ein Trauma irgendwelcher unlustbetonten Art den Zustand des betreffenden Individuums klar zur Erscheinung bringt, oder daß bereits die pathologisch anmutende Reaktion des Betreffenden ein Zeichen der Degeneration, der hereditären Veranlagung, der Psychopathie sei. So weit darf man aber nicht gehen, will man den Krankheitsgeschichten gerade aus dem Kindesalter nicht Gewalt antun. Einerseits finden sich unter den Kindern, die echte pathologische Reaktionen auf psychisch überwertige Reize zeigen, ganz normale, von ganz gesunden Eltern stammende, andererseits kann man selbst die vielen, in ihrem Charakter etwas eigentümlichen Kinder, die sich darunter finden, auch nicht ohne weiteres zu den „Grenzfällen" zwischen psychisch normal und abnorm rechnen. Gewiß können, wie Kräpelin hervorhebt, und wie Raecke[1]) an einem charakteristischen Beispiel (Fall X seiner Arbeit) zeigt, früh auftretende Charaktereigentümlichkeiten der Kinder das erste Anzeichen schubweise einsetzender Geisteskrankheiten (Katatonie, manisch-depressives Irresein) bedeuten; die Mehrzahl der Charaktereigentümlichkeiten von Kindern (sensitiv, mißtrauisch, kopfhängerisch usw.) muß aber vom psychiatrischen Standpunkt aus doch zum Bereich des Normalen gerechnet werden.

Man muß scheiden zwischen Fällen, in denen ein psychisches Trauma im Kindesalter, mag es objektiv einen Intensitätsgrad haben, welchen es wolle, subjektiv normale, empirisch als harmlos erkannte Reaktionen auslöst, die nach einer gewissen Zeit abklingen und einem ganz normalen Verhalten wieder Platz machen (physiologische Reaktion sozusagen) und Fällen mit krankhaft gesteigerter Reaktion. Ersteres ist die Regel bei den gesunden, gering oder gar nicht belasteten Kindern; besonders das Erschrecken ist ja gleichsam als Spiel bei Kindern, in Schulen und im Hause etwas ganz Alltägliches, und die Wirkung ist meistens die momentane Schreckreaktion mit allen körperlichen und psychischen Erscheinungen des plötzlich auftretenden Unlustgefühls, welcher aber dann meist die umgekehrte Reaktion folgt, das Gefühl der überwundenen Unlust, die Heiterkeit. Kinder, die einem Schreck ausgesetzt sind, werden zunächst in ihren psychomotorischen Funktionen gehemmt, sie „erstarren", bleiben unbewegt und sprachlos, suchen den Atem anzuhalten, ihr Gesichts-

[1]) Raecke, Arch. f. Psych. 1909, Bd. 45, S. 245.

Digitized by Google

ausdruck wird leblos, die Leistungen der Muskulatur werden auf ein Minimum reduziert (unwillkürlich). Im Moment, wo die Empfindung von der Plötzlichkeit des psychischen Insultes abklingt, wo die Kinder die Ungefährlichkeit des Reizes erkennen, wo ihnen Zeit gelassen ist, bewußt die einzelnen Komponenten des Reizes zu zergliedern und in ihr Erfahrungsleben einzuordnen, schwindet auch das Unlustgefühl, weicht die motorische und geistige Hemmung und schlägt in das Gegenteil um. Die Kinder werden beweglich, ausgelassen, sie fangen an zu sprechen oder (bei ganz kleinen Kindern) unartikuliert Zeichen der Lust von sich zu geben, der Gesichtsausdruck hebt sich, es scheint, als werde schnell all das an körperlicher und geistiger Energie, was im Moment der Erregung, auch der plötzlichen, gespart wurde, nun doppelt wieder ausgegeben. Es besteht ein biologischer Unterschied zwischen der Verarbeitung unlustbetonter Gefühle bei Kindern und bei Erwachsenen, wenn die Reize, die zur Auslösung dieser Gefühle nötig sind, akut oder chronisch einwirken. Die plötzlichen Erschütterungen (und der Schreck ist für diese Form des Reizes das geschlossenste Beispiel) sind für Kinder meist folgenschwerer in ihren psychopathologischen Konsequenzen, als die dauernden gemütlichen Erregungen, denen gegenüber das Kind allmählich einen Ausgleich findet und deren seelischen Schäden es durch Ablenkung oder Selbstbescheidung die Spitze nimmt. Es ist doch bemerkenswert, daß durch solchen Akt der Gewöhnung die gröbsten psychischen Erkrankungen, die man an Kindern der sozial minderwertigen Gesellschaftsklassen allein durch das Leben und Aufwachsen in den schlechtesten Verhältnissen erwarten könnte, ausbleiben. So wenig der Einfluß des Milieus auch in späterem Alter zu verkennen ist, so relativ selten erwächst doch lediglich aus dem Bewußtwerden dieser schlechten Lebenslage, die auch der körperlichen Entwicklung Hemmnisse bereitet, bei Kindern eine wirkliche Psychose oder auch nur das Bild der Psychopathie. Die reichen Kräfte, die dazu gehören, hier die gemütlichen Einwirkungen vergessen zu machen, etwa gesetzte Schädigungen aber schnell zum Ausgleich zu bringen, besitzt das Kind in höherem Maße als der Erwachsene; sein Talent zur Akklimatisierung ist selbst dann größer als das der Erwachsenen, wenn es soziale Unterschiede und die Distanz zu den besser Situierten empfinden gelernt hat. Dieses psychische Gleichgewicht wankt auch bei normalen Kindern eher noch einmal unter der Einwirkung eines plötzlichen Insults. Der Erwachsene hingegen steht der Gewalt einer augenblicklichen Erschütterung durchschnittlich fester gegenüber, wenn es gewiß auch hier nicht an Beispielen dafür fehlt, daß ein solcher Reiz, selbst ohne das Wohl und Wehe wesentlich zu berühren, psychische Störungen nach sich zieht. Der dauernde gemütliche Druck, der Anknüpfungspunkte an immer neue beunruhigende oder ängstliche Vorstellungen von der Zukunft bietet, die langsamen und nachhaltigen Einwirkungen der Lebenslage, der Not, der Reue, des Kummers, der Liebe, der Demütigungen, sind es, die den Erwachsenen psychische

Digitized by Google

Störungen nicht überwinden lassen, die häufiger als akute Erschütterungen die Stimmungslage für immer trüben, die freiere Anschauung der Situation zurückdrängen und das Gefühl der Erkrankung in immer größere Masse hinein auswachsen lassen. Daß bei Erwachsenen wie bei Kindern fast stets traurige Gemütsbewegungen das Denken und Wollen in krankhafter Weise beeinflussen, während die gröbsten und wirksamsten Grade der Lust und Freude vom Normalen leicht in das ebene Gleichmaß der Beruhigung und des gehobenen Gefühls übergeführt werden, ist eine bekannte Erfahrungstatsache.

Die zweite Reihe von Fällen, die zu betrachten wären, betrifft Individuen, die krankhaft veranlagt, zu psychischen Erkrankungen „disponiert" scheinen und nun ein eindrucksvolles, unglückliches Erlebnis haben. Diese Individuen können auf Schreck, auf ängstliche oder bedrückende Reize hin genau so reagieren wie Normale. Das Kriterium für ein pathologisches Verhalten ist dann gegeben, wenn bei gleichen Reizen die Form der Reaktion eine außergewöhnlich starke ist, oder wenn, bei abklingendem und erloschenem Reiz dennoch eine exorbitante Wirkung lange bestehen bleibt. Das krankmachende Ereignis kann zum Mittelpunkt der ganzen seelischen Konstellation werden, es kann durch eine dauernde Gegenwärtigkeit die Handlungen beeinflussen, das Gemüt immer wieder durch seinen Gefühlsinhalt affizieren und daurch die Intensität der abnormen Stimmungslage heben und halten. Das trübe Erlebnis kann wie eine überwertige Vorstellung das Sinnen und Tun des Menschen regieren und dadurch die normale Reaktion auf ein unglückliches Ereignis zu einem pathologischen Gemütszustand machen, der sein Material immer wieder aus diesem einen Ereignis holt, das dann alllerdings unbewußt vergrößert und in allen möglichen und unmöglichen Folgen ausgemalt wird. Pathologisch bleibt oder wird der Effekt auf das Gemütsleben aber besonders dann, wenn der krankmachende Reiz aus dem Bewußtsein völlig geschwunden ist, und trotzdem das seelische Gleichgewicht nicht wieder hergestellt wird. Der Anlaß ist aus der Erinnerung verdrängt, die Wirkung bleibt bestehen. Ein Beispiel für diese Art der Entstehung von psychischen Anomalien ist die Hysterie, ist die Unfallsneurose. Es sind bestimmte „Reaktionstypen" (Bonhoeffer) auf äußere Reize bei bestimmt prädisponierten Menschen. Der Wert des Erlebnisses wird übermäßig stark nachempfunden, die Erschütterung, die Dissoziation des Gemütslebens erstarrt in der Form der reaktiven Psychoneurose.

Zuletzt beobachten wir gerade bei Kindern Fälle, wo ohne nachweisbare Disposition eine plötzliche Gemütserschütterung zum mehr oder weniger klaren und ausgeprägten Bilde einer Emotionspsychose führt, welche abklingt und als endgültige Wirkung eine dauernde Änderung des psychischen Verhaltens der Kinder, eine Charakteranomalie zurückläßt. In den weiter unten publizierten Krankengeschichten werden wir mehreren ähnlichen Fällen wenigstens angedeutet begegnen. Es wäre

Digitized by Google

Wortaberglaube, hier von latenter Disposition zu sprechen, etwa in dem Sinne, daß hier durch ein hinlänglich schweres psychisches Trauma Wesensänderungen eingetreten wären, die man allmählich auch ohne diesen äußeren Anlaß sich hätte entwickeln sehen. Rein klinisch betrachtet sind in diesen Fällen das schreckhafte Erlebnis und der Beginn einer dauernden psychischen Veränderung zeitlich zusammengefallen; so daß man nach gewöhnlicher ärztlicher Anschauung das Recht hat, hier auch einen kausalen Zusammenhang anzunehmen.

Natürlich muß, wenn überhaupt von einer Schädigung der Psyche die Rede ist, das Erlebnis als Ausgangspunkt und Anlaß der psychotischen Erscheinungen ein starkes affektives Moment sein. Bei der individuellen Ungleichheit der Kinder wird dasselbe Erlebnis natürlich auch normaliter ungleich gewertet werden müssen. Vom phlegmatischen Kind anders als vom cholerischen, vom intelligenten anders als vom debilen. Immerhin sind wir bei der Frage der Abschätzung der Intensität des Reizes vielfach auf die Angaben der Kinder angewiesen. Es gibt eben besonders bei den schreckhaften Erlebnissen, die wir als typisches Beispiel der akuten Erschütterungen hier gesondert herausgegriffen haben, keine absoluten Maße und keine absoluten Richtlinien für die Beurteilung und Bewertung. Es gibt Straßenjungen, die sich über ein furchtbares Erlebnis, das anderen Gleichalterigen oder Erwachsenen Ursache seelischer Erschütterung ist, ohne jede Regung hinwegsetzen. Bei weichlichen Naturen, besonders Mädchen, genügt ein absolut geringfügiges Erlebnis dazu, um ihnen die seelische Fassung zu nehmen. Maßgebend für die Beurteilung der Krankheitserscheinungen kann die Bewertung der absoluten Größe dieses schreckhaften Eindrucks nicht sein; aber gerade aus der Diskrepanz zwischen Größe des Eindrucks und Intensität oder Dauer der psychischen Störung läßt sich oft ein Schluß auf das vorliegende Krankheitsbild ziehen.

Daß durch die häufigsten Formen des Schrecks, wie etwa durch elementare Naturereignisse, Erdbeben und ähnliche Katastrophen, auch die heftigsten Grade von psychischer Störung erzeugt werden, ist auch ohne Nachweis ersichtlich. Die Schilderungen über die großen Erdbeben in Valparaiso und Süditalien (1906 resp. 1908), über die Katastrophe von Courrières und von Hamm (1906 resp. 1908) sind dafür Beleg und enthalten in der Zusammenstellung und kritischen Sichtung von STIERLIN[1]) reichhaltige kasuistische Belege. Hier sind neben den verschiedensten psychopathischen Zuständen als Folgekrankheit des Schrecks auch echte Psychosen, Delirien, Dämmerzustände beobachtet worden; es ließen sich bis zu diesen schweren psychotischen Zuständen von plötzlicher Verwirrung, Desorientierung mit eigentümlichem Wechsel des Bewußtseins alle Stufen der psychischen Erregung beobachten. Von einem Kind (STIERLIN S. 76),

[1]) STIERLIN, Über die medizinischen Folgezustände der Erdbeben usw. Berlin 1909 (Karger).

Digitized by Google

das vorher nicht im mindesten nervös war, wird berichtet, daß es nach dem großen Erdbeben von Valparaiso noch lange bei jeder kleinsten Erderschütterung, die dort sonst etwas ganz Gewöhnliches ist, sich ganz unsinnig gebärdete, jedem Zuspruch gegenüber völlig unzugänglich blieb und in dem blinden Drang zu fliehen, mit dem Kopf gegen eine Wand rannte. Erst bei derartig imposanten, riesenhaften Steigerungen des Schrecks wachsen auch die psychischen Konsequenzen bei Erwachsenen und Kindern, bei ersteren aber wieder wesentlich häufiger, zu jenen Zuständen, bei denen nicht nur der Wille, sondern jede Überlegungsmöglichkeit bis zu dem Grad ausgeschaltet ist, daß selbst der Erhaltungstrieb den Besonnensten die geraubte Vernunft nicht wieder gibt. Die betreffenden Menschen eilen plötzlich infolge des Schrecks, wohl in dem instinktiven Gefühl, den Ort der Katastrophe zu fliehen, davon, sprechen sinnloses Zeug, gebärden sich wild und erregt, und kommen erst im Laufe von Stunden oder Tagen wieder zum Bewußtsein. Gelegentlich kommen dabei auch Gewalttaten, Angriffe auf die Umgebung usw. vor. Kräpelins Meinung, daß dann meist der Tod nahestehe, trifft nach den Beobachtungen bei den genannten Katastrophen nicht zu. Ob es sich hier um hysterische Dämmerzustände oder um andere Schreckpsychosen, oder um transitorisches Affekt-Irresein handelt, bei dem neben dem Schreck noch andere, massenhaft sich aufdrängende Affekterregungen (Daueremotion) eine ätiologische Bedeutung haben, ist schwer zu entscheiden. Auch nach Stierlin finden sich pathologische Nachwirkungen des Schrecks gelegentlich bei vorher kerngesunden Kindern. Sie äußern sich in Schlaflosigkeit, Abspannung, Appetitlosigkeit, tiefer Verstimmung; diese Zustände dauern oft Wochen lang an. Immer aber erholen sich die betreffenden Kinder.

Die Fälle, mit denen wir uns befassen werden, betreffen natürlich die von uns oben definierten Gruppen 2 und 3, während aus begreiflichen Gründen Gruppe 1 beiseite bleibt. Die Kinder oder deren Angehörige holen unseren ärztlichen Rat ja erst ein, wenn ihnen im Verhalten derselben etwas Abnormes, etwas nicht Alltägliches auffällt.

Nun ist noch eine Einschränkung zu machen, wenn wir hier selbst die Ätiologie der psychischen Erkrankung eines Kindes auf ein affektives Erlebnis, ein plötzlich einsetzendes psychisches Trauma (Schreck) einengen. Nämlich die Einschränkung, die wir allgemein schon andeuteten und die aus der Literatur genügend deutlich wird: daß sich unter dem Einfluß akuter Erregungen bei den Kindern, die von einem krankmachenden Ereignis betroffen werden, fast nie ein chronisch progredientes Leiden, ja fast nie eine echte, ausgesprochene Psychose entwickelt. Die krankmachenden Erscheinungen setzen unmittelbar nach dem Trauma ein (dieser Umstand berechtigt uns erst, einen ätiologischen Zusammenhang ohne viel Konstruktionen anzunehmen) oder doch stets einige Tage nach dem Trauma und erreichen fast mit Beginn der Erkrankung bereits ihr nosologisches Optimum. Ein richtiges Ansteigen, eine Entwicklung

Digitized by Google

ist kaum zu bemerken. Auf der Höhe der ursprünglichen Erscheinungen bleibt die Erkrankung wochen- oder monatelang stehen, um dann langsam in Genesung überzugehen. Wobei wir unter Genesung das Abklingen der akzentuierten Erscheinungen verstehen wollen und von ihr selbst dann sprechen, wenn sich im Charakter der Betroffenen leichte dauernde Eigentümlichkeiten festgesetzt haben, die ins Gebiet der Psychopathologie gehören.

II.

Statistisches und Historisches über Psychosen des Kindesalters.

Wie bereits erwähnt, beobachtet man echte Psychosen (Melancholie, Katatonie, Hebephrenie) im Kindesalter (bis etwa 12 Jahre) sensu strictiore überaus selten. Mehr oder weniger häufig sind dagegen die Neurosen, die funktionellen Störungen (Hysterie) und die psychopathischen Konstitutionen. Auf letztere häufige Gruppe ist man in den letzten Jahren besonders durch die Arbeiten ZIEHENS aufmerksam geworden. Sicher imponierte manches von dem, was wir heute mit Recht zu den psychopathischen Zügen rechnen, den älteren Ärzten bereits als Psychose. Um so verwunderlicher oder doch sehr charakteristisch ist es, daß selbst bei den Ärzten, die, wie die älteren französischen Forscher, leicht bei der Schilderung der kindlichen Psyche ins Romanhaft-Phantastische verfallen, daß selbst bei diesen die Kasuistik der Kinderpsychosen eine sehr geringe ist. Später werden Mitteilungen, besonders in Deutschland, immer seltener; und größere Arbeiten, die das bisherige Material etwa kritisch zusammenstellten, existieren seit EMMINGHAUS'[1]) gediegener Monographie überhaupt nicht. Ich nenne von Forschern, die sich in den letzten Jahrzehnten literarisch mit den Kinderpsychosen besonders beschäftigt haben, CRAMER, STEINER, TUSZEK, HASSE, MESCHEDE, FRIEDMANN, ZIEHEN, DANILO, FLEMMING, HAHN, MÖLLER, GOTTGETREU, STIER, TOBIAS, RAECKE. Daneben findet sich mancherlei zerstreut in den Lehrbüchern der Psychiatrie und der Kinderheilkunde. Die ältere Literatur findet sich vollzählig bei EMMINGHAUS und z. T. auch bei MOREAU. Es kann daher auf die EMMINGHAUSsche Monographie hingewiesen werden; zumal sie über den Begriff der Kinderpsychose im allgemeinen vieles sagt, was auch heute noch vollwertig bestehen kann, während der etwas feuilletonistische Einschlag in der Behandlung des Themas durch MOREAU die Wissenschaftlichkeit zu kurz kommen und auch die katamnestischen Daten der Krankengeschichten vermissen läßt.

---

[1]) EMMINGHAUS, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887.

Digitized by Google

Ohne auf die Geschichte der Kinderpsychiatrie eingehen zu wollen, von der uns ja auch nur ein gewisser Ausschnitt hier interessieren soll, darf doch darauf hingewiesen werden, daß schon HIPPOKRATES psychische Störungen im Kindesalter beobachtet hat, daß er besonders den Eintritt der Pubertät als gefahrvollen psychischen Wendepunkt bezeichnet und für diese Altersstufe (bei Mädchen) ein Bild seelischer Erkrankung entwirft, das schon sehr an das klassische Bild der Melancholie erinnert. Das 18. Jahrhundert läßt wenige Forscher dieses Gebiets auf den Plan treten (PERFEKT, JORDANS, GREDING), der Beginn des 18. Jahrhunderts und die Folgezeit besonders im Ausland eine ganze Reihe (ESQUIROL, PANJOL, VERING, FLOVILLE, SPURZHEIM, GRIESINGER, FRIEDREICH, SCHERPF, BERKHAN, JAKOBI, HESSE, WEST, GÜNTZ, MOREL, STARK, MAUDSLEY u. v. A.). Für die Seltenheit der Kinderpsychosen spricht vielleicht auch der Umstand, daß z. B. GÜNTZ während 20 Jahren unter Schulkindern nur 8 Fälle beobachtete, und daß auch die Forscher, die lehrbuchmäßig über Kinderkrankheiten oder über Psychiatrie berichteten, auffallend wenig Kasuistik zusammentrugen. Dabei handelt es sich allerdings auch nur um die Seltenheit echter Psychosen, wie sie uns heute etwa als Melancholie, Katatonie, Hebephrenie, akute Halluzinosen imponieren würden. Die Hysterie nimmt schon einen weit größeren Raum ein, was sich besonders an den Statistiken der Franzosen nachweisen läßt (z. B. BRIQUET, LANDOUZY, GRAFFIER).

Der Unterschied in der Wirkung psychischer Ursachen auf Erwachsene und auf Kinder spricht sich u. a. auch in den Prozentzahlen aus, die einige Forscher statistisch aufgestellt haben. PARCHAPPE fand in 67 %, GUISLAIN in 66 %, OBERSTEINER bei kritischer Sichtung der Fälle in 40 % bei Erwachsenen psychische Momente ätiologisch ausschlaggebend; während der einzige Forscher, der über infantile Psychosen genügend sorgfältige Krankengeschichten hatte, EMMINGHAUS, in nur 23,3 % der Fälle dieselbe Ursache feststellte, wobei unter den psychischen Ursachen wieder der Schreck dominiert.

Wenn das psychische Gleichgewicht, der psychische Gesamtzustand des Kindes durch akute Einwirkungen wie einen heftigen Schreck alterniert wird, ohne daß es doch zu einer echten Psychose, ohne daß es zu anderen Veränderungen, als zu psychopathischen Elementarreaktionen kommt, so kann diese pathologische Erscheinung verschiedentlich beurteilt werden. Es könnte sich zunächst, besonders bei vorwiegender gemütlicher Exzitation oder hauptsächlicher Depression um den Beginn eines periodischen Leidens, um die erste Etappe einer Serie von gleichen oder ähnlichen Erkrankungen handeln. Die längere Beobachtung entscheidet diese Frage. Immerhin können sogenannte Verstimmungen der Kinder zunächst differential diagnostische Schwierigkeiten machen. Auch könnte der Beginn einer Manie mit einem depressiven Vorstadium oder die unmittelbare Fortsetzung einer Depression in ein manisches Stadium zugunsten der im Kindes-

Digitized by Google

alter überaus seltenen Form des echten periodischen Irreseins sprechen. FRIEDMANN hat einen solchen katamnestisch genau verfolgten Fall beschrieben; jedoch findet sich in der Literatur kein Fall von Cyklothymie oder zirkulärem Irresein, der sich an einen Schreck anschloß. Sodann könnte man bei Beurteilung der psychotischen oder psychopathischen Schreckreaktion fragen, ob es sich hier immer um den Ausdruck psychopathischer Veranlagung oder Degeneration handelt. Auch diese Frage muß, wie schon erwähnt, verneint werden, weil sich dieselben psychischen Abnormitäten auch im Anschluß an Gemütserregungen bei erblich unbelasteten, nicht degenerativen, nicht minderwertigen Kindern findet; ja sogar bei intellektuell und psychisch besonders gut entwickelten Individuen (wie unsere Kasuistik lehren wird). Das hindert nicht, anzuerkennen, daß neuropathische Kinder und solche mit ausgesprochen sensitiver Charakteranlage gerade für die leichteren, atypischen Verstimmungen und ähnliche psychische Erkrankungen prädisponiert sind. Gerade die Leichtigkeit der Krankheitsbilder, von denen wir sprechen wollen, der schnelle Übergang in Besserung und Heilung, die abgeschlossene Verlaufsform, der charakteristische Anschluß an ein gefühlsbetontes Erlebnis und die Abschwächung der Erscheinungen proportional der zeitlichen Distanz von demselben, all diese Umstände lassen auch ohne jahrelang fortgesetzte Beobachtung die letzte Frage, nämlich die, ob etwa die Vorboten einer Dementia praecox vorliegen, sofort verstummen.[1])

Die affektiven Psychosen des Kindesalters hat FRIEDMANN in drei Gruppen einzuteilen versucht.

1. Die periodischen Psychosen, Serien von kurzen Anfällen der Erregtheit oder Depression. Die Anfälle schließen sich unvermittelt aneinander an oder lassen kleine gesunde Intervalle zwischen sich. Dieser „Typus der großen Serien" kurzer Anfälle von Melancholie oder Manie ist im Kindesalter häufig, viel häufiger, als gemeinhin angenommen wird. Viele von den als „nervös" bezeichneten Kindern gehören in dies Gebiet, und gerade die katamnestischen Erhebungen in der Kinder-Nervenpoliklinik der Charité ergeben immer wieder eine neue Bereicherung dieser Kasustik, die überrascht. Die Verlaufsformen sind so leicht, daß sie allgemein sehr gut der Beobachtung entgehen können. Geradeso wie in dem großen Bereich der Neurasthenie der Erwachsenen so manche zirkuläre Psychose verloren geht (siehe KRAMER, Charité-Annalen 1913). Diese periodischen Zustände entsprechen nur in seltenen Fällen bei Kindern dem ersten Bild des manisch-depressiven Irreseins. Meist handelt es sich um leichte Verstimmungen, die rasch vorübergehen und das eine Mal mehr an Depression, das andere Mal an manische Erregtheit denken lassen (Cyklothymie).

2. Atypische Verstimmungen und Erregungen, die nach Gemütserschütterungen auftreten und der Melancholie inhaltlich nahestehen,

[1]) Auch von dem sog. Prodromalstadium der originären Paranoia im Kindesalter (EMMINGHAUS) haben wir uns nie überzeugen können, auch nicht aus der Literatur.

Digitized by Google

aber von der echten Psychose nur kleine, abgeschwächte Züge nehmen. Die nervös veranlagten Kinder reagieren in diesem Sinn stärker. Auch diese Zustände („psychopathische Reaktionen") gehen stets in Heilung über und hinterlassen keine Folgen für die Zukunft.

3. Milde Formen von isoliert auftretender Melancholie oder Manie, die kurze Zeit anhalten, vereinzelt bleiben, einige Wochen anhalten, die aber als erstes Wetterleuchten des manisch-depressiven Irreseins oder anderer echten Psychosen des reifen Alters zu betrachten sind.

Von diesen 3 Gruppen kommen für unsere Untersuchungen und Beobachtungen ausschließlich die der zweiten Kategorie in Betracht. Um die letzte Reihe vollständig auszuschließen, bedürfte es allerdings einer nachträglichen, durch Jahre fortgesetzten Weiterbeobachtung. Daß auch nur ein einziges Mal in unseren Fällen im Anschluß an ein schreckhaftes Erlebnis ein, dem manisch-depressiven Irresein ähnelndes, Krankheitsbild in die Wege geleitet wurde, konnten wir durch unsere Erfahrungen nicht erweisen. Die Mannigfaltigkeit der pathologischen Erscheinungen wird aus den Krankheitsberichten ebenso deutlich werden, wie eine gewisse Einheitlichkeit des Verlaufs und mancher fast regelmäig wiederkehrenden Einzelzüge.

Bevor wir von unseren eigenen Beobachtungen sprechen, und bevor wir die Frage erörtern, welche Wirkungen der Schreck physiologisch auszulösen imstande ist, wollen wir eine Reihe von kasuistischen Beiträgen aus der Literatur zum Kapitel der Schreckpsychosen der Kinder beibringen (Psychosen im weitesten Sinne gedacht). Diese Krankengeschichten lassen zuweilen eine Diagnose gar nicht stellen, zumal viele nur flüchtig skizziert sind und ungenügende Beobachtung erkennen lassen. Immerhin aber zeigen sie doch die bekanntesten Merkmale der psychopathischen Reaktion zum Teil in ausgeprägtester Weise. Charakteristisch ist dabei das Vorwiegen des weiblichen Geschlechts. Außer in zwei Fällen von Spurzheim[1]) und Vering[2]), wo 14jährige Knaben nach Schreck geisteskrank wurden, einem Fall von Esquirol[3]), einem von Panjol, einem von Rousseau, einem von Bouchut und einem von Albers[4]) betreffen die Beobachtungen der älteren Autoren immer Mädchen.

Esquirol: 8jähriges Mädchen, heftig erschreckt zur Zeit der Belagerung von Paris, sah, wie der Vater ermordet wurde. Daraufhin Manie; will sich auf jeden losstürzen. Der Anblick einer Waffe, eines Messers versetzt sie in heftigste Wut.

Esquirol: 3jähriger Knabe; beim Besuch im Bicêtre vor den Irrsinnigen erschrocken, auf die man damals wie auf Gegenstände der Neugier zeigte. Seitdem schreckhafte Träume. Mit 17 Jahren Manie.

[1]) Leipzig 1818, Psych. Heilkunde.
[2]) Hamburg 1818, Beob. über den Wahnsinn.
[3]) Berlin 1838, des mals ment.
[4]) In Prorieps Tagesberichte 1852.

Digitized by Google

DELASIAUVE[1]): 15jähriges Mädchen; plötzliches Notzuchtsattentat. Bewußtsein verloren. Nach dem Erwachen bot sie das Bild des maniakalischen Irreseins, das teils mit ekstatischem Erstaunen, teils mit Visionen kompliziert war.

PANJOL: 9jähriger Knabe; der Vater war 1793 in den blutigen Schreckenstagen umgekommen. Auch des Kindes Leben war vom Schaffot bedroht. Ein Diener versteckte den Knaben in einem Faß des Kellers. Die Gendarmen drangen bei der Haussuchung in den Keller, der Knabe hörte die Unterredung und von den blutdürstigen Plänen. Sein Schreck war so heftig, daß er, obschon sein Leben nicht mehr in Gefahr war, von jetzt an immer Gestalten sah, die ihn zu fassen suchten. Diese Halluzination erneuerte sich immer, wenn er an das Ereignis dachte.

ROUSSEAU: 13jähriger Knabe, typhuskrank. Die Preußen drangen in Kriegszeit in das Haus. Im Anschluß an diesen Schreck zirkuläres Irresein. Der Knabe war zuerst sehr niedergeschlagen, zeigte entsetzliche Furcht, allerlei Halluzinationen, Nahrung wurde nicht angenommen. Nach gewisser Zeit wurde er unstet, veränderlich, machte allerhand Dummheiten unter dem Eindruck visioneller und akustischer Halluzinationen. Am 16. IX. 1871 kam er in die Irrenanstalt Döll, hier wieder melancholisch und nach 14 Tagen starkes Exzitationsstadium. Er wurde nach kurzer Zeit „geheilt" entlassen (Katamnese?).

STARK[2]): 8jähriger Knabe, dem ein Holzkästchen gezeigt wurde, aus welchem bei Druck auf eine Feder ein Männchen mit einer Fratze heraushüpfte: entsetzliches Geschrei, lautes Weinen, Davonlaufen. Obschon man dem Kinde erklärte, daß der Mann nur aus Holz sei, war es schwer zu bewegen, ins Haus zurückzukehren; und man konnte das verschlossene Kästchen auch nicht von ferne zeigen, ohne daß er in Weinen ausbrach und entsetzliche Furcht zeigte.

STARK: 7jähriges Mädchen gerät beim Anblick eines Bildes, das einen zornigen Mann darstellt, in solches Entsetzen, daß es weint, schreit, und am ganzen Leibe zittert. Man brauchte ihm später nur die Schachtel, in der das Bild verwahrt wurde, zu zeigen, um dieselben Erscheinungen hervorzurufen. Vergebliches Bemühen, die Erscheinungen durch den Vorhalt zu hemmen, das Bild sei ja nur gemalt usw.

BRACH[3]): 12jähriges Mädchen bekommt nach Schreck vor einem seltsam maskierten Mann eine Chorea und sieht dabei eine Gestalt vor sich, die beim Hinzutreten zurückweicht, beim Blicken durch das Fenster vor demselben gesehen wird. Wenn das Kind in den Spiegel sah, verschwand das Truggebilde, stellte sich jemand zwischen Kind und Phantasma, so sah es Teile desselben; trat ein Mensch an Stelle desselben, so verschwand es oder rückte zur Seite. Mit Abnahme der nervösen Erscheinungen blaßte

[1]) Ann. méd. psychol. 1849.
[2]) Bei FECHNER, Psychophysik II.
[3]) Irrenfreund 1870.

Digitized by Google

das Bild ab. Der Mann mit der roten Mütze, der an einem Knochen nagte, wurde undeutlicher, die Mütze gelb, die Figur des Mannes verschwand schließlich und es blieb nur Gesicht, Mütze und Hand mit dem Knochen übrig. Nach der 5. Woche der Krankheit war alles verschwunden.

Bouchut (Gaz. des Hôp. 1878 S. 17): 10jähriger Knabe. Schreck über Theaterbrand. Danach neben körperlichen Beschwerden Monate lang jeden Abend Halluzination von schreienden Menschen in den Flammen, die er zu sehen und deren Hitze er zu spüren meint.

Vogel (Ruths Magaz. XII S. 458): 11jähriges Mädchen. Schreck über Bock, der auf dem Hof auf das Kind zuspringt. Pflegevater bemerkt die Furcht des Mädchens vor dem Tier und führt es noch einmal hin. Seitdem dauernde Verstimmung und Niedergeschlagenheit. Nach dem Tode des Pflegevaters setzt sich die Idee bei ihr fest, sie müsse die Pflegemutter, die sie sehr liebte, töten. „Ach, jetzt kommt es auch schon wieder an", jammerte sie oft, und bemerkte auf Befragen, es sei etwas hinter ihr, das sie dazu zwinge. Einmal sagte sie, etwas rufe ihr zu, die Mutter zu töten. Nach einiger Zeit unter Behandlung geheilt.

Emminghaus (S. 113, per. Irresein): Zirkuläres Irresein bei 14jährigem Mädchen nach Schreck über einen vermutlich tollen Hund. In der maniakalischen Periode spricht sie viel von Teufeln. Gefragt, ob sie den Teufel sehe, nimmt sie eine schlaue Miene an, hebt den Zeigefinger in die Höhe, starrt auf die Zimmerdecke, lacht und springt ans Fenster.

Emminghaus (S. 145, Melancholie): 14jähriges Bauernmädchen. Furchtsames Naturell. Schreck vor einer Schar Truthühner, die sie anfielen. Schwindel, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit. Vor dem Einschlafen Gehörsphantasien von Truthühnergeschrei, nächtliche Anfälle von Alpdrücken. Unaufgefordert spricht Pat. kein Wort, zeigt nicht die geringste Neigung, sich zu beschäftigen, verharrt ruhig auf dem einmal eingenommenen Platz. Seufzt öfter auf, lächelt teilnahmslos. Antwortet sachgemäß und richtig, aber ausdruckslos mit ganz leiser Stimme. Gibt an, daß sie traurig sei. Bei der Morgenvisite ist Pat. besonders ernst und bei der Anrede befangen und ängstlich. Schmerzen in Arm und Schulter, die nach Galvanisierung der Plexus brach. schwanden. Nach 2 Monaten geheilt entlassen. Traurigkeit geschwunden, verlangt Beschäftigung, ist heiteren Gesprächen wieder zugänglich, lachte schließlich viel und gern.

Frank: 6jähriges Mädchen. Schreck über Soldaten, die ihr Heimatsdorf besetzten. Tags darauf Anfall von Somnambulismus mit Handlungen, welche militärische Griffe imitierten.

Morel: 10½jähriges Mädchen. Schreck über betrunkene Arbeiter, die das Kind insultieren. Darauf Konvulsionen, Aphasie, die nicht rückgängig wird, psychische Degeneration vom Charakter der Hysterie (wohl epileptisch; später trat richtige Epilepsie auf. K. S.).

Morel: 5jähriger Knabe. Nach lebhaftem Schreck Konvulsionen, Aphasie, anhaltende Unruhe. Keine epileptischen Anfälle.

Digitized by Google

LÄHR (Arch. f. N. XXX S. 132): 1½jähriges Kind von lebhaftem Naturell. Schreck über „Knecht Ruprecht" zu Weihnachten; sofort Stupor und kataleptische Symptome. Marasmus, Tod nach 8 Tagen.

KELP (Allg. Z. f. Ps. Band XXXI S. 77): 6jähriges Mädchen. Schreck über betrunkenen Vater. Zwei Konvulsionsanfälle, Aphasie, maniakalische Aufregung mit Zerstörungstrieb, nach deren „baldigem" Schwinden für einige Zeit weinerliches scheues Wesen. Ausgang in Heilung.

BOUCHUT (Gaz. des hôp. 187 und 1877 Nr. 36): 11jähriger Knabe, Schreck über den Anblick einer Leiche auf dem Grundstück des Vaters. Danach nächtliche Anfälle von Delirien und Halluzinationen. Später somnambule (wahrscheinlich epileptische) Zustände.

ALBERS: 2 Geschwister, die im Desquamationsstadium der Masern durch den Eindruck des betrunkenen Vaters erschreckt, still und verdrießlich wurden, nicht schliefen, irre redeten, Kleider, Betten zerrissen, nach den Eltern schlugen. Liefen aus dem Bett im Zimmer umher. Essen und Trinken wenig verlangt. Nach 3 Wochen Besserung, nach 6 Wochen Heilung.

ENGELHORN (siehe EMMINGHAUS S. 221): Pulverexplosion, bei der der Bruder des Pat. Brandwunden erlitt, so daß er starb. Einschreiten von Beamten zwecks richterlicher Untersuchung. Ausgesprochen manisch-depressives Bild. Ausgang in Heilung.

FRIEDMANN[1]) (Fall 7): Leichte Melancholie nach Schreck mit maniakalischem Nachstadium, ca. 3½ Wochen anhaltend.

GOTTGETREU[2]): 12jähriger Knabe, Halluzinationen des Gesichts und Gehörs, gelegentlich spontane Gegenvorstellungen. Keine starke Beeinträchtigung der Stimmung. Konfabulationen (versetzt sich und seine Umgebung in Reden in andere Erdteile). Gedächtnis und Intelligenz gut. Allerdings von Beginn der Psychose an Abnahme der Merkfähigkeit. Abklingen der Psychose. Heilung nach 4 Monaten.

1794. PERFEKT: 11jähriger Knabe. Nach Schreck Depression, Angst, Verwirrtheit, Kopfschmerz, Schwindel, heftige motorische Erregung. Depression, Wahnideen, Gespenstersehen. Nach 4 Monaten Genesung.

MÖLLER: Heftiger pathologischer Angstzustand mit Halluzinationen, Erhängungsversuch bei 8jährigem Knaben. Ausgang in Heilung.

HAHN: 10jähriger Knabe bekommt nach Stockschlägen auf den Kopf einen Zustand von Apathie, Angst, Halluzinationen (Katzen, Mäuse, Pferde). Genesung mit Krankheitseinsicht. Eine organische Schädigung des Cerebrum mit den Zeichen eines akuten Delirs scheint hier nicht ausgeschlossen.

Wenn wir im Vorhergehenden und in unseren späteren eigenen Beobachtungen von Kinderpsychosen sprechen resp. von den krankhaften

[1]) Mon. f. Psych. XXII, S. 36ff.
[2]) Z. f. Psych., Bd. 62, S. 758.

Digitized by Google

psychischen Reaktionen der Kinder, so haben wir damit eine gewisse Einschränkung oder Begrenzung unseres Materials vorgenommen. Wir haben sowohl in der Literatur als auch in unseren Krankengeschichten möglichst diejenigen Fälle herausgesucht, die dem Alter nach noch vor der Pubertät stehen, also möglichst das 13. bis 15. Lebensjahr nicht überschritten haben. Der Eintritt der Geschlechtsreife mag für gesunde, erblich nicht belastete Kinder als Moment zur Auslösung affektiver Störungen nur gering bewertet werden; sicher aber ist es eine Altersgrenze, die dank morphologisch-biologischer Umwälzungen die Entwicklung oder den Eintritt ererbter Krankheiten bei Degenerierten besonders begünstigt. Die konstitutionellen Verstimmungen und auch die periodischen, die zirkulären Formen des Irreseins, die sich gern an den Eintritt der Menses anschließen, sind dem Psychiater ganz geläufig („Menstrualpsychosen").

Nach Krafft-Ebings Beobachtungen gibt es derartige Fälle vor dem 15. Lebensjahre nicht. In der Kasuistik der (spärlichen) Literatur ist allerdings zwischen den psychischen Erkrankungen vor der Pubertät und solchen nach Eintritt derselben nicht immer genügend unterschieden, obschon doch von vornherein eine solche Scheidung wissenschaftlich begründet gewesen wäre, weil ja auch somatisch von dieser Grenze ab die krankmachenden Einflüsse und die Reaktionen der Kinder anders gewertet werden müssen. Wir haben geglaubt, den Begriff der Kinderpsychosen etwas enger fassen zu müssen, und die zu unserem Thema gehörenden Affektionen der Individuen von 15 bis 18 Jahren ähnlich zu bewerten wie die der Erwachsenen, sie also in dieser Arbeit möglichst auszuschalten. Wir richten uns dabei weniger nach den somatischen Eigenschaften der Entwicklung und Differenzierung des Geschlechts bei dem einzelnen, als vielmehr nach den durch tausendfältige Beobachtung festgelegten Normen für den Geschlechtstypus. Psychosen, die bei 16- oder 18jährigen Individuen auftreten, welche aus irgendeiner endogenen Ursache infantilen Habitus darbieten, nur aus diesem Grund zu den kindlichen Psychosen rechnen, heißt die Grenzen verwischen und die durch das Alter diktierte Einordnung psychopathologischer Phänomene willkürlich umwerfen. Diese Einordnnng ist aber eine innerlich notwendige, auch wenn man etwa von dem Zwang, der durch das Alter der Patienten bedingt ist, absieht. Sicher gibt es psychische Störungen, die an Intensität, Inhalt, Form, Stärke und Ausdruck bei kindlichen, jugendlichen, erwachsenen und alten Individuen genau gleich verlaufen. Ebenso aber hat jede Altersstufe gewisse Eigenheiten der psychischen Reaktion, jedes Alter leichte spezifische Merkmale aufzuweisen, wenn auch die Ursache der Störung und selbst das Gesamtbild der Psychose dieselben bleiben. Schon die so verschiedene Häufigkeit der Psychosen in den verschiedenen Altersklassen spricht hierfür und berechtigt zu diesen scheinbar äußerlich aufgerichteten Schranken; und diese Berechtigung wird erhärtet durch die Überlegung, daß doch die ganze individuelle Persönlichkeit, das Ich des Kranken

Digitized by Google

mit durch Milieu, Erziehung, Wissen, Intelligenz, Erfahrung und Charakter gegebenen, durch äußere und innere Verhältnisse verschärften Unterschieden mitverantwortlich zu machen ist für die spezielle Reaktion auf psychische Reize. Die Antwort auf solche Reize erfolgt beim kindlichen Individuum, dessen Charakter und Erfahrung ungeschlossener sich darbietet, anders als bei dem Gereiften, die Störung des harmonischen Wechselverhältnisses zwischen den einzelnen psychischen Prozessen wird beim Kind unter anderen Bedingungen, leichter oder schwerer eintreten müssen als beim Erwachsenen. Alles das, was durch das dauernde automatische oder bewußte Verarbeiten oder Gegeneinanderausspielen von Nervenerregungen und Hemmungen beim Erwachsenen zu einer gefestigten Einheit von moralischem Sinn, zu dem Bewußtsein von Recht und Pflicht, dem Komplex bekannter Vorstellungen, Gefühle und Erkenntnisse geworden ist, alles das stellt sich beim Kind noch tastend als Versuch dar, ohne empirische Basis, ohne zusammenfassende Einheitlichkeit und bestimmte Intensität. Die Einsicht in den Wert und die Masse von Erkenntnissen, Gefühlen und Vorstellungen, welche, im bewußten Gleichgewicht gehalten, für die Psyche der Erwachsenen charakteristisch ist, fehlt dem Kind. Moralische und ästhetische Gefühle keimen erst auf und bilden sich am Beispiel der Erwachsenen unselbständig heran, Urteile und Schlußbildungen werden durch die gesteigerte Phantasietätigkeit auch des normalen Kindes erschwert oder unmöglich gemacht. Und wenn selbst bei dem Durchschnittskind sich die Komplexe der Vorstellungen und der moralischen Gefühle einmal nicht wesentlich, sondern nur an Intensität und Reichhaltigkeit von denen der Erwachsenen unterscheiden sollten, so ist doch sicher das zielbewußte motivierte Wollen beim Kind durch überwertige Begehungsvorstellungen und Egoismus so gehemmt, daß die Störungen dieses schon normaliter unfreien Willens nicht als Kriterium geistiger Störung aufgefaßt und gedeutet werden können. Das Kind besitzt erst recht nicht die „Macht des Gemüts . . ., über seine krankhaften Gefühle durch den bloßen festen Vorsatz Meister zu sein" (KANT). Aus allen diesen Gründen ist an sich die Scheidung von Psychosen des Kindesalters und der Erwachsenen gerechtfertigt, und aus diesen Gründen empfiehlt sich eben auch eine strenge Fixierung der Grenzen zwischen Kindheit und Jugend, Jugend und Mannbarkeit, Mannbarkeit und Alter.

Die Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern ist in noch höherem Grade als bei Erwachsenen durch häufige Spielarten der Lebenserscheinungen und des Charakters erschwert. Wir können beim Mann und bei der Frau die jeweilige psychische Verfassung messen an den Vorstellungen, die wir von ihrem psychischen Gesamthabitus haben; können die Abweichung von diesem uns bewußten Gesamtbild leicht auch an kleinen Veränderungen im Gefühls- oder Vorstellungsleben derselben erkennen. Beim Kind ist die Summe seiner Lebensäuße-

Digitized by Google

rungen noch nicht immer zu einem in sich abgeschlossenen Gebilde geworden, daß von ihm aus bestimmte Vorstellungen eines Charakters hergeleitet werden können. Das gilt besonders für die ganz kleinen Kinder, etwa von 4 bis 10 Jahren, bei denen häufig unter dem Einfluß neuer Verhältnisse (Schule) Ungleichmäßigkeiten des geistigen und seelischen Verhaltens beobachtet werden, die in ausgesprochenen Fällen auch ohne besondere Einflüsse zu richtigen Varietäten des Charakters ausarten können. Die Übergänge von einer zur anderen Stufe sind fließend, und man trifft sie zu häufig, als daß man sie für eine psychische Störung halten dürfte. Vor diesem diagnostischen Fehlschluß wird man sich besonders dann hüten müssen, wenn (zufällig) in die Zeit dieses Anderswerdens irgendein krankmachendes Ereignis fällt. Die Erfahrung lehrt es, daß vor Ausweisung eines bestimmten Charakters sich viele widerstrebende Züge in den Lebensbetätigungen der Kinder in und vor dem schulpflichtigen Alter finden, Züge, die schließlich zu einem Ausgleich führen und dann die besondere Anlage von Charakter und Temperament bestimmen. Gutartige und böswillige, flotte und träge, attente und unaufmerksame, jungenhafte und weibliche, rohe und weichherzige, sensible und harte, fröhliche und depressive Individuen finden sich unter den Kindern, oder Züge, die teils zu ausgesprochenen, festen Typen geschlossen, teils als wechselseitig sich ergänzende und aufhebende, in ewiger Veränderung befindliche Teilerscheinungen im Gesamtbild der kindlichen Psyche imponieren. Daß die geistige Produktivität des Kindes gering ist, kann als Grund für die Seltenheit des Auftretens von Psychosen im allgemeinen nur wenig verwertet werden, denn dieselben emotionellen Störungen, die sich bei Intelligenten finden, treffen wir auch bei wenig intelligenten und selbst bei schwachsinnigen Kindern an. Eine gewisse Auswahl psychotischer Symptome hängt aber doch vielleicht mit der Intelligenz, der Begabung der kindlichen Patienten zusammen; und gerade die von mir später zu erörternden Fälle von Seelenstörung nach Schreck sprechen für die Annahme, daß bei dem In-die-Erscheinung-Treten kindlicher psychotischer Momente die Erschwerung und Hemmung der Gedankenassoziation eine gewisse Rolle spielt. Dabei braucht dann die auslösende Ursache der Erkrankung gar nicht immer eine übergroße Schädigung des Nervensystems zu sein, sondern es genügt oft auch bei nicht erblich Belasteten eine gewisse angeborene Disposition zur Störung der Psyche; womit allerdings nicht viel mehr gesagt scheint, als mit der Aufzählung der Tatsache, daß Kinder aus gesunden Häusern, mit gesunder Aszendenz psychisch erkranken und Charakterzustände aufweisen können, die in weitestem Umfange das psychische Leben derselben ergreifen.

Die Grundlage dieser psychotischen Disposition kann, wenn man die allerdings etwas oberflächlichen Erklärungen der Psychologie verwirft, auch physiologisch erklärt werden. Im Anschluß an Beard und seine Definition des Wesens der neurasthenischen Anlage („gesteigerte

Digitized by Google

Reizbarkeit und gesteigerte Erschöpfbarkeit der Nervensubstanz") versucht FRIEDMANN als Grundlage der psychotischen Disposition den Mangel der Elastizität der Nervensubstanz zu bezeichnen, d. h. die Schwierigkeit der Beseitigung einer Reizung, sowie der Wiederherstellung der einmal gestörten Zirkulation und Ernährung des psychischen Organs. Damit bleibt aber die Seltenheit der Kinderpsychosen erst recht unerklärt. Man müßte dann annehmen, daß das kindliche Gehirn a priori nicht fähig ist zur Manifestation dauernder psychischer Reizsymptome und daß sich ein fortgesetzter oder energischer einmaliger psychischer Reiz an der Widerstandsfähigkeit des kindlichen Gehirns schnell erschöpft. Immerhin bleibt doch bemerkenswert, daß sich bei Erwachsenen, die an Nerven- und Geistesstörungen erkranken, der Ausdruck einer Belastung so selten bis ins Kindesalter hinein zurückverfolgen läßt. Obschon doch die Kriterien der Belastung hier gerade so gegeben und latent vorhanden sind, wie im Mannesalter. Um zu einem rechten Überblick über die Häufigkeit und das Wesen der Kinderpsychosen zu kommen, bedürfte es zahlenmäßig an großem Material gewonnener Belege. Die Statistik muß hier aber aus manchem Grund versagen oder kann wenigstens nur Bruchstücke geben; denn es müßten dreierlei Gesichtspunkte vertreten sein und in der Statistik zum Ausdruck kommen. Einmal müßte festgestellt werden, wieviel Kinder (etwa bis zum 15. Lebensjahr) überhaupt an Nerven- oder Geisteskrankheiten leiden. Das könnte in einer Großstadt wie Berlin nur mittels einer Volkszählung zu bestimmten Resultaten führen. Dieselbe Rechnung müßte dann bei Erwachsenen veranstaltet werden, um einen Maßstab für das gegenseitige zahlenmäßige Verhältnis von Kinderpsychose und Psychose der Erwachsenen zu erhalten. Dabei könnten bei solcher Zählung auch bequem alle Fragen der Heredität, Geschlechtsverteilung usw. mit berücksichtigt werden. Ein dritter Gesichtspunkt aber wäre der, daß man unter den „nervenkranken" Kindern feststellt, wieviele psychisch normal, wieviele abnorm sind, wobei auch wieder eine Scheidung zwischen funktionellen und organischen, erworbenen und angeborenen, akuten und chronischen Psychosen leicht getroffen werden könnte. Während bei der Feststellung des ersten Prozentsatzes die Schulen und die inneren resp. Kinderkliniken helfen könnten, würden für die Fixierung des letzten Punktes die psychiatrischen und Nervenpolikliniken nützlich sein. Die Irrenanstalten selbst geben am allerwenigsten Grundlagen solcher Berechnungen. Die Schwierigkeiten liegen auf der Hand. Es ist denn auch in der Literatur neben Statistiken über ungenügend reichhaltiges Material meist bei Einzelstatistiken über bestimmte Kinderpsychosen (Hysterie, Chorea, psychopathische Konstitutionen) geblieben. So sah z. B. SCHIFFER unter 1147 poliklinischen Fällen von Nerven- und Geisteskrankheiten des Kindesalters 71 Hysterien (18 Knaben und 53 Mädchen). OBERNDORFF gab als Irrsinnsquote auf 10000 Lebende der Gesamtbevölkerung Deutschlands an:

Digitized by Google

Vom	1.	bis	5.	Lebensjahre	0,18	Psychosen	1,02 Idiotie
„	6.	„	10.	„	0,69	„	6,02 „
„	11.	„	15.	„	1,46	„	13,55 „

gegenüber 15—20 im späteren Alter.

Berckham sah unter 21333 Aufnahmen im ganzen nur 8 Fälle von kindlicher Psychose unter 10 Jahren, Delasiauve im Alter von 5—9 Jahren 0,9%, von 10—14 Jahren 3,5%, von 15—20 Jahren 20% der Gesamtzahl. In bezug auf die Altersverteilung und den Beginn der Erkrankung gibt die Statistik von Clopatt (deren Richtigkeit oder Exaktheit von Ziehen angezweifelt wird) einen hübschen Überblick. Allerdings handelt es sich dabei nur um die Hysterie des Kindesalters. (Auffallend bleibt der Abfall der Erkrankungsziffer im 14. und 15. Lebensjahr.)

Es fanden sich die ersten Zeichen der hysterischen Störung

bei	0	Mädchen	1	Knaben	im	1. und 2.	Lebensjahre
„	0	„	1	„	„	3.	„
„	1	„	1	„	„	4.	„
„	4	„	2	„	„	5.	„
„	3	„	2	„	„	6.	„
„	15	„	4	„	„	7.	„
„	16	„	6	„	„	8.	„
„	15	„	7	„	„	9.	„
„	18	„	15	„	„	10.	„
„	24	„	17	„	„	11.	„
„	22	„	13	„	„	12.	„
„	27	„	16	„	„	13.	„
„	12	„	8	„	„	14.	„
„	0	„	3	„	„	15.	„

Friedmann hat seine allerdings nicht sehr reichhaltigen Beobachtungen nach verschiedenartigen Gesichtspunkten statistisch zu verwerten gesucht. Er fand unter 115 Fällen von Nervenkrankheiten im Kindesalter 66 funktionelle Neurosen (inklusive Chorea), 45 organische und periphere Erkrankungen, 4 Psychosen (exklusive Idiotie). D. h. 3½% bis 4% Psychosen unter den Nervenleidenden überhaupt, 6% unter den funktionellen Allgemeinneurosen. Bei 200 Nervenfällen von Erwachsenen sah er 102 funktionelle, 98 periphere Nervenerkrankungen und beobachtete in derselben Zeit 38 Psychosen. Unter 238 Nervenkranken also 16% Psychosen. Bei Kindern nehmen nach Friedmanns Statistik nervöse Affektionen 4—5mal so selten die Form der Psychose an, als bei Erwachsenen.

Ich selbst habe, um eine Stichprobe zu geben, das mir zur Verfügung stehende Material von Kindern, die im Jahre 1911 in der Nervenpoliklinik der Kgl. Charité untersucht und behandelt wurden, im Hinblick auf derartige statistische Erfahrungen durchgesehen. Es waren 950 Knaben. Ich wählte ein etwas zurückliegendes Datum, weil hier durch nachträgliche

Digitized by Google

Kontrolle bei den meisten Kindern die erst gestellte Diagnose verifiziert oder modifiziert werden konnte. Es haben sich da einige sehr charakteristische Unterschiede gegenüber unseren Beobachtungen bei den erwachsenen Besuchern der Poliklinik ergeben, die hier wenigstens geprüft werden sollen, wenn ihre ausführliche Darlegung auch erst im II. Teil der Arbeit erfolgen soll. Zunächst fällt auf, daß abnorm häufig Kinder in die Anstalt gebracht werden, die von den Eltern als nerven- oder geistesschwach bezeichnet werden und an denen, abgesehen etwa von Eigentümlichkeiten, die durch das Milieu erklärt sind, absolut keine subjektiven oder objektiv-pathologischen Erscheinungen erkannt wurden. In diese Gruppe gehören allerdings auch die Kinder, die uns von der „Zentrale für Jugendfürsorge" und von dem Jugendgericht Berlin-Mitte zugesandt werden. Und da vermehrt sich natürlich die Zahl der kindlichen Individuen, bei denen nach irgendeinem Delikt oder beim Hervortreten irgendeines abnormen Triebs selbst der geschulte Arzt nicht leicht entscheiden kann, ob es sich im gegebenen Falle nur um die abnorm starken Reaktionen sonst normal entwickelter Kinder („Dumme-Jungen-Streiche" usw.) handelt oder um den Ausdruck einer psychischen Entartung. Das zweite, was auffällt, ist die Seltenheit von Zuständen, die als erworbene Psychosen sensu strictiori gelten können. Wir fanden bei den 950 Knaben 8mal leichteste Formen von Gemütskrankheit, 2mal schwere, aber schnell vorübergehende Affektschwankungen im Sinne der Cyklothymie, einen Schreck-Dämmerzustand, einmal Depression ohne Ursache, 2mal schwere Hysterie mit Anfällen und postparoxysmaler Bewußtseinstrübung, 2mal Schlafdämmerzustand. Von schwereren psychischen Störungen wurden unter den 950 Knaben gefunden: 4 Hebephrenien, von denen aber 3 als fraglich und nur eine als sicher gelten konnte; eine (fragliche) zirkuläre Melancholie, einmal (fragliches) zirkuläres Irresein, eine Dementia epileptica.

Der Knabe, bei dem eine Dementia praecox sicher diagnostiziert werden konnte, war bereits 16 Jahre alt. Charakteristischerweise haben auch katamnestische Erhebungen bei anderen Knaben nicht dazu führen können, die vielen Fragezeichen zu tilgen und eine sichere Diagnose zu stellen. Das größte Kontingent stellen natürlich die Psychopathen, leichten Hysteriker und Neuropathen (unter welche Gruppe in der Tabelle auch die choreatischen Kinder eingerechnet sind), dann kommen die Kinder mit angeborenem Schwachsinn, die mit organischen Nervenkrankheiten Behafteten. Das Weitere ergibt sich aus der Tabelle. Ich habe, lediglich der Übersicht halber, dieselbe Anzahl von im gleichen Jahre untersuchten 950 Erwachsenen (950 Männer) nach denselben groben Gesichtspunkten geordnet und die Prozentzahlen angegeben. Es soll (wie bereits erwähnt) an dieser Stelle auf weitere Unterschiede, welche solche Statistiken an Erwachsenen und Kindern, Männern und Weibern ergeben, nicht näher eingegangen werden. Es kam uns im Rahmen dieser Arbeit nur auf einen Hinweis an.

Digitized by Google

Es litten von 950 Knaben

an funktionellen Nervenkrankheiten (Hysterie, Neurasthenie, Psychopathie, Chorea)	336
an Epilepsie	79
an angeborenem Schwachsinn	252
an peripheren Erkrankungen	51
an leichten Psychosen	8
an echten Psychosen	7
an vorwiegend anderen, nicht nervösen Erkrankungen	26
an organischen Nervenkrankheiten	87
nicht krank waren	85
fraglich	19

In Prozenten ausgedrückt bedeutet das:

Funktionelle Nervenkrankheiten	ca. 35,4 %
Epilepsie	8,3 %
Angeborener Schwachsin	26,5 %
Periphere Erkrankungen	5,4 %
Leichte Psychosen	0,8 %
Echte Psychosen	0,7 %
Andere Erkrankungen	2,7 %
Organische Nervenkrankheiten	9,9 %
Keine Erkrankungen	8,9 %
Fraglich	2 %

Während die 950 Knaben im Laufe eines ganzen Jahres zur Beobachtung kamen, war dieselbe Frequenz bei den Männern in 5 Monaten breits erreicht. Den größten ~~Teil der~~ Erkrankungen bestritten auch hier die Psychopathen und anderen funktionell Nervenkranken (312 von 950 = 32,8 %). Es folgen die Kranken mit Erscheinungen an inneren Organen oder den Nebenhöhlen, jedenfalls nicht vorwiegend nervös (146 = 15,4 %). Dann gradatim abwärts syphilitische Nervenkrankheiten inklusive Tabes (15 %), organische nicht-syphilitische Erkrankungen 14,4 %, echte Psychosen 9,5 %, wovon 5,9 % Paralyse und 3,6 % andere Psychosen, arteriosklerotische Störungen (inkl. Insulte) 4,8 %, Epilepsie mit 3,8 %, rein-alkoholistische Nerven- und psychische Störungen mit 3,5 %. Die übrigen Fälle blieben diagnostisch unklar.

Bemerkenswert ist auf den ersten Blick, daß die Prozentzahl der funktionellen Erkrankungen bei den Knaben und den Erwachsenen fast die gleiche ist. Für die Erwachsenen scheint das — bei großem Material von Kassenleuten und Arbeitern — nicht so auffallend. Für die Kinder reicht die Erklärung wohl aus, daß sie aus den unsere Polikliniken besuchenden Ständen dem Arzt eben dann nur vorgeführt werden, wenn wirklich ein die gewöhnlichen Unarten weit überschreitendes, kräftig ausgesprochenes neurotisches Moment die Angehörigen ängstlich machte. Epilepsie ist bei den Kindern mit 8,3 %, bei den Erwachsenen mit 3,8 % vertreten, angeborener Schwachsinn bei den ersteren mit 26,5 %, bei den Männern rein überhaupt nicht mehr. Doch ist hierbei — abgesehen eben von der großen Mortalität der Imbezillen, Hydrocephalen usw. — zu bedenken, daß

Digitized by Google

die Intelligenzprüfung bei den Kindern regelmäßiger durchgeführt wurde und auch leichter Resultate liefert, als die ambulante Beobachtung Erwachsener. Auch sind sowohl unter den „echten Psychosen", vor allem bei der Katatonie, wie auch bei den Paralytikern genug Imbezille, auf die die stärkere Psychose verwischend aufgepfropft ist. Psychotische Bilder im weitesten Sinne des Wortes sind bei den Knaben in 0,7 % der Fälle zu treffen (während sich dazu noch vorübergehende leicht-neuropsychotische Züge in 0,8 % der Fälle finden); bei den Erwachsenen steigt die Zahl, vorwiegend durch das Auftreten des Faktors Paralyse auf 9,5 %; d. h. unter je 100 Kranken sind 9 Geisteskranke, davon fast 6 Paralytiker. Von den organischen Nervenkrankheiten überwiegt bei den Erwachsenen die Tabes und Lues cerebri, bei den Kindern die Poliomyelitis, Encephalitis, so daß hier in beiden Tabellen hohe Werte erscheinen. Schreckneurosen oder Schreckhysterien sind in den Krankenbüchern der Erwachsenen überhaupt nicht notiert. Doch ist das nur eine Eigentümlichkeit der Rubrizierung; die Fälle sind unter die Hysterie, Rentenneurose u. ä. untergebracht (wohin sie bei den Erwachsenen ja auch öfter, als bei den Kindern gehören). Doch gehören dazu wahrscheinlich die meisten Bahn- und elektrischen Unfälle sowie auch ein großer Teil der Telegraphen- und Telephonunfälle. Diese alle zeigen ein Bild, wie es entweder als Schreckneurose sui generis imponiert (siehe weiter unten) oder als Rentenhysterie.

III.

Die körperlichen Begleiterscheinungen des Schrecks.

Daß der Schreck ebenso wie andere psychische Reize oder sogar in erheblicherem Maße körperliche Begleiterscheinungen hervorruft, welche die Dauer des gesetzten Reizes weit überschreiten, war den ältesten Beobachtern natürlich nicht entgangen. Zu diesen Begleiterscheinungen gehören vor allem die Änderungen der Blutverteilung im Körper; und wenn wir auch weit entfernt davon sind, etwa diese körperlichen Vorgänge mit psychischen Erscheinungen in bestimmten Parallelismus setzen zu können, so verlocken doch die Forschungsergebnisse der Physiologen dazu, einen solchen Zusammenhang anzunehmen, dessen tiefere und weitere Deutung späterer Zeit vorbehalten bleiben mag. Denn gerade auf das Gehirn als Zentralorgan aller psychischen Erscheinungen und als Sitz auch der pathologischen Veränderungen der Psyche ist die Aufmerksamkeit neuerer Forscher besonders gerichtet gewesen, wenn die Frage der Wechselbeziehungen zwischen somatischen und psychischen Funktionen erörtert wurde. Es ist auf dem Wege des physiologischen Experiments doch vielleicht ein Einblick in sonst unverständliche Mechanis-

Digitized by Google

men möglich, die auch die experimentelle Psychologie nicht aufklärt. Und die Resultate dieser Forschungen sollen aus diesem Grunde wenigstens in Kürze hier wiedergegeben werden[1]).

Wenn man von dem Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper spricht, nimmt man von vornherein die der oberflächlichen Betrachtung einzig verständliche Situation als richtig an, daß die körperlichen Begleiterscheinungen sekundär sind, sich dem psychischen Vorgang anschließen. Die nach dem Dänen Lange und dem Engländer James bekannte Theorie kommt auf spekulative, aber nicht durch exakte physiologische Untersuchungen gestützte Weise zu dem umgekehrten Resultat. Bis dahin hatte man allgemein angenommen, daß die Sinneseindrücke zur Hirnrinde gelangen, hier Assoziationen anregen und Erinnerungsbilder wecken an die Eindrücke von früheren, ähnlichen Reizen her; daß durch diesen Mechanismus der Affekt herbeigeführt würde, und daß sich dann erst die Erregung zu den Hirnzentren fortbewegt, von denen die Blutgefäße, Drüsen, Muskeln dirigiert werden. Diese körperliche Erregung pflanzt sich wieder mittels der sensiblen Nerven auf das Hirn zurück und vergröbert, bewußt werdend, den Affekt. Nach James-Langes Theorie aber bewirkt erst dieser Teilvorgang den Affekt, der also ihrer Anschauung nach in nichts anderem bestände, als in dem Bewußtwerden körperlicher Veränderungen auf psychische Reize hin. Ohne das Empfinden dieser Begleiterscheinungen hätten wir also gar keinen Affekt. Wir weinen nicht, weil wir Kummer haben, sondern wir sind bekümmert, weil uns das Weinen zum Bewußtsein kommt. Der Mörder, der uns anfällt, bringt in unserem Gehirn eine Gesichtsempfindung zustande und wirkt von hier aus auf die vegetativen Zentren der Blutverteilung, der Bauchorgane usw., ohne daß wir erschrecken. Erst wenn es uns zum Bewußtsein kommt, daß die Haut blaß und kalt, feucht von Schweiß ist, daß der Atem stockt, der Pulsschlag lebhaft wird, erst dann empfinden wir den Schreck. Die körperlichen Erscheinungen und ihre Empfindung sind nach James-Lange eben der Schreck; nimmt man sie fort, so bleibt von dem Affekt nichts übrig. Auch können — sagen sie — durch Medikamente Affekte erregt werden, ohne äußere psychische Eindrücke; der Alkohol bewirkt alle körperlichen Erscheinungen eines Affekts, deshalb wird der Betrunkene lustig, mutig oder wütend. Lange definierte die charakteristischen Begleiterscheinungen, die für den Affekt des Schrecks charakteristisch sein sollen, mit den Worten: Schreck = Schwächung der willkürlichen Innervation + Spasmus der organischen Muskeln. Eine Definition, die durch Anlehnung an die alltägliche Beobachtung gewiß etwas Bestechendes hat.

Dennoch ist die Gefühlstheorie von Psychologen (Lipps, Stumpf) und Physiologen (Lehmann, Weber) energisch abgelehnt worden. Zu-

[1]) Siehe dazu besonders: E. Weber, „Der Einfluß psych. Vorgänge auf den Körper", Berlin 1910.

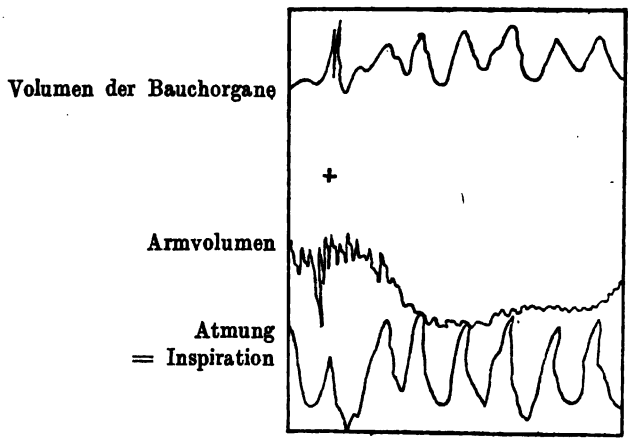
Digitized by Google

nächst ist die Selbstbeobachtung, nach der Affekte später entstehen sollen, als die entsprechenden Begleiterscheinungen, unsicher und täuschend. Exakte Experimente haben das Gegenteil erwiesen. Auch das Beispiel von der Wirkung des Alkohols ist nicht einwandfrei, da ja der Alkohol außer auf das Gefäßsystem sicher auch auf die Gehirnsubstanz selber wirkt und hier andere Verhältnisse schafft. Gerade so wie die Veränderungen der Affektlage etwa bei der Manie nicht lediglich vasomotorisch bedingt sind. Auch können, wie Stumpf und Weber ausführen, die Affekte bei gleichen oder ähnlichen körperlichen Begleiterscheinungen ganz verschiedene sein. Die Affekte des Zornes und der Freude unterscheiden sich im Schema Langes nur unwesentlich (durch Neigung zu unkoordinierten Bewegungen im Zorn), und auch dieser Unterschied wird durch die Erfahrung illusorisch gemacht. Sicher aber ist, daß ein fast unmerklicher Affekt durch die somatischen Begleitmomente und deren assoziative Verarbeitung verstärkt werden und nun erst deutlich zum Bewußtsein kommen kann. In ihrer Allgemeinheit und Kraßheit haben sich die Lehren von James-Lange jedenfalls weder der psychologischen noch der physiologischen Kritik gegenüber behaupten können.

Was nun die Art der physiologischen Erscheinungen bei psychischen Vorgängen anbelangt, so ist seit Morro die Änderung des Armvolumens regelmäßig beobachtet worden, und zwar unter dem Einfluß psychischer Arbeit, bei Steigerung der Aufmerksamkeit oder durch Anregen irgendeiner Gemütsbewegung. Für die (nur sekundär wichtige) Veränderung der Pulsgröße und Geschwindigkeit und für die Änderung der Atmung hat Wundt ein Schema aufgestellt, wobei er von den unzerlegbaren Gefühlsarten Lust — Unlust, Erregung — Beruhigung, Spannung — Lösung ausging. Für unsere Arbeit interessieren dabei nur folgende Resultate. Es traten ein bei Erregung von Unlustgefühl: vertiefte Inspiration, Abnahme des Armvolumens, Verkleinerung der Pulse, bei Spannungsgefühl: flache Inspiration, Sinken des Armvolumens, Verkleinerung der Pulse, Verlangsamung der Pulse; beim Gefühl der Erregung: normale Inspiration, Zunahme des Armvolumens, Vergrößerung der Pulse, Gleichbleiben der Pulsgeschwindigkeit. Hierbei ist zu bemerken, daß bei Experimenten sehr selten die Gefühle in einer Reinheit zum Ausdruck kommen werden, wie sie Wundt für seine dreidimensionale Gefühlstheorie verlangt und daß selbst die Reizung der Aufmerksamkeit, die zum Experiment nötig ist, bereits ein Lust- oder Unlustgefühl herbeiführt. Auch dem Affekt des Schrecks ist immer eine aus Unlust bestehende Gefühlsbetonung beigemischt, weshalb hier die Deutung der plethysmographischen Kurven unsicherer wird. Auch ist mit dem Zustand der plötzlich und unwillkürlich gesteigerten Aufmerksamkeit, als welcher das Erschrecken angesehen werden kann, fast stets eine Änderung (Beschleunigung) der Atmung verknüpft. Bei den Versuchen mittels plethysmographischer Kurven ergab sich regelmäßig, daß im Moment des Er-

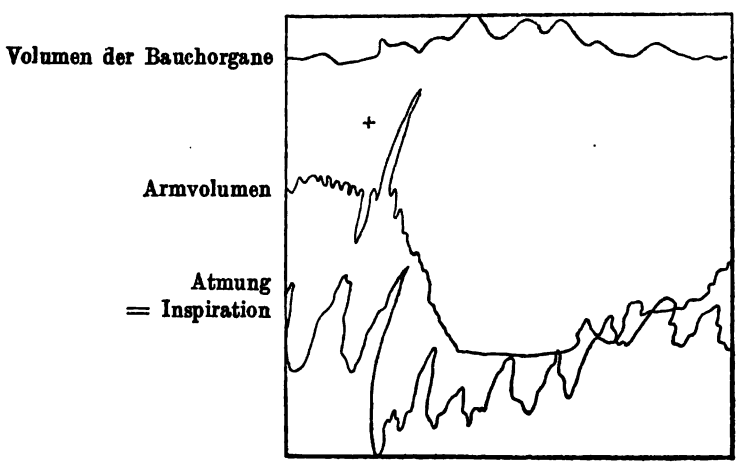
Digitized by Google

schreckens das Armvolumen stark sank und dann allmählich wieder zur Norm anstieg. Die Atmung verhält sich entweder normal, geht unverändert weiter (Fig. 1), oder es tritt beim Erschrecken eine vertiefte



Figur 1. + Schreck.
(Aus: Weber, l. c. S. 96.)

Exspiration ein (Fig. 2), welche aber mit der Volumenabnahme des Arms nicht ursächlich zusammenhängen kann, weil vertiefte Exspiration nur eine Volumenzunahme veranlassen könnte.



Figur 2. + Schreck durch hypnotische Reizung.
(Aus: Weber, l. c. S. 97.)

Wie an den Armen, so zeigt sich auch an den anderen äußeren Teilen des Körpers Volumenabnahme und dadurch bedingte Gefäßkontraktion;

Digitized by Google

die äußeren Teile werden kalt und blaß. Auf den Kurven I und II, die von Erwachsenen herrühren, bemerkt man auch eine Verkleinerung des Pulses, die aber (nach LEHMANN und WEBER) auf das, dem Erschrecken beigemischte Unlustgefühl zurückzuführen ist. LEHMANN stellte auch Pulsverlangsamung als Affekt des Schrecks fest.

Von den Forschern, die in jüngerer Zeit gerade den physiologischen Einfluß des Schrecks auf das Gefäßsystem studierten, nenne ich HIRSCH, BECHTEREW, LASEWSKY, HORN, BICKEL[1]). Nach HIRSCH ist die Volumenkurve beim Schreck keinen strengen Gesetzen unterworfen, die Armvolumenkurve sinkt meist zuerst, Pulshöhe und -länge nehmen langsam ab. Nach BECHTEREW und LASEWSKY bewirkt der Schreck eine Beschleunigung des Pulses, die Schwankungen werden größer, d. h. die Kurve zeigt verschärfte Spitzen und größere sekundäre Erhebungen, die Inspiration ist zuerst tief, die Exspiration langsam, dann folgen unregelmäßige Atemzüge. Nach LASEWSKY erfolgt auf einen Schreck hin zunächst gelegentlich ein Sistieren der Atmung, dann folgen niedrige Atemwellen oder tiefe Inspirationen mit langsamen Exspirationen, Pulsbeschleunigung schon beim 5.—6. Schlag, schließlich Pulsverlangsamung. Die Volumenkurve ist erhöht: nach einem Schuß tritt beim ersten Pulsschlag bereits eine Verlangsamung und Erniedrigung der Pulswelle ein. Der Atem ist nach kurzer Erregung gehemmt, das Herz arbeitet zuerst stärker, dann schwächer und langsamer. Die Herzkurve sinkt. All diese Beobachtungen sind auch von anderen Forschern bestätigt worden und stimmen auch mit den Erfahrungen, die man ohne Apparat und ohne Wissenschaftlichkeit am Objekt machen kann, überein. Ich habe an Kindern ähnliche Kurven[2]) aufgenommen, und zwar bei normalen wie bei psychisch abnormen, d. h. bei solchen, die in Wirklichkeit einmal auf einen Schreck hin psychisch abnorm reagiert hatten. Ich erhielt Kurven, die als Charakteristisches ebenfalls ein deutliches Sinken des Armvolumens im Moment des Erschreckens zeigten.

Die hier wiedergegebene Kurve (III) stammt von einem neurasthenischen Kind, ist aber in ihren Zacken nicht ausgesprochener als jede ähnliche Kurve an normalen Kindern. Die zweite (IV) zeigt, wie stark die Veränderung der Atmung im Moment des Erschreckens ist, und um wieviel langsamer sich diese Störung ausgleicht, wie die — sehr geringe — Änderung der Blutverteilung. Auch diese zweite Kurve stammt von einem nervösen (hysterischen) Kind (siehe Krankengeschichte Nr. 9).

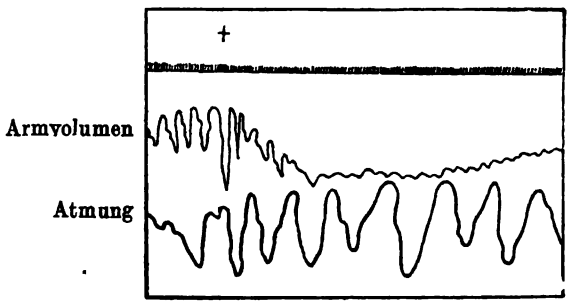
---

[1]) HORN fand in 50% seiner Schreckneurosen Erhöhung des Blutdrucks, wobei Werte von 100—140 mm Hg noch als normal galten. Diese Steigerung des Drucks als direkte Schreckwirkung steht im Gegensatz zu dem normalen Blutdruck bei den sog. Kommotionsneurosen. Auch BICKEL beschreibt diese Blutdrucksteigerungen bei Veränderung des Armplethysmogramms; KNAUER sah als unmittelbarste physiologische Schreckreaktion Erhöhung der Druckkurve bis 180 mm Hg.

[2]) Zusammen mit dem Psychologen Dr. POPPELREUTER. Als Schreckreiz wurde ein hinter der Versuchsperson niederfallendes schweres Brett benutzt. Der Vorgang war dem Kind natürlich verborgen.

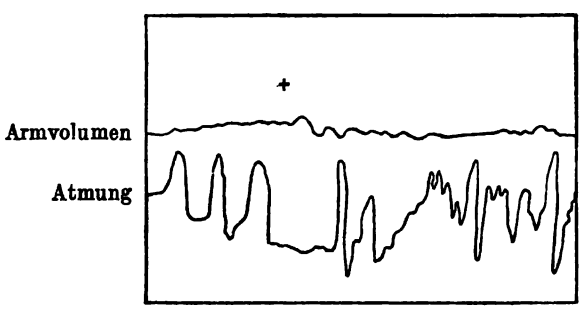
Digitized by Google

Die Resultate, die aus unseren Kurven abgeleitet werden können, stimmen mit den Resultaten anderer Untersucher überein. Bei Einwirkung von Schreck (der mit Unlust gemischt ist) tritt Abnahme des Volumens der Gliedmaßen (auch der äußeren Teilen des Kopfes) und Verlangsamung des Pulses ein. Rein körperlich bedeutet das eine Verschiebung der Blutverteilung, von der Peripherie fort nach dem Zentrum hin. So ist es mir



Figur 3.

erklärlich, daß nach Untersuchungen von Weber u. A. parallel mit der Volumenverminderung des Armes eine Volumenzunahme der Bauchorgane geht. Sie kennzeichnet sich auf den Kurven „durch ihr langsames Ansteigen, ihre längere Dauer und das deutliche Hervortreten der einzelnen Respirationsschwankungen". Letztere müssen als Folge einer Zirkulationsveränderung gelten und nicht als Folge etwa einer unwillkürlichen Kon-



Figur 4.

traktion der Bauchmuskeln, die eine viel steilere und kürzere Erhebung der Kurve veranlaßt (siehe Figur 1).

Die Änderung der Blutverteilung bei Erregung von Affekten ist nicht das Einzige, was man bei den physiologischen Untersuchungen über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper gefunden hat. Von besonderer Wichtigkeit schienen da seit langem die Veränderungen, die etwa

Digitized by Google

im Volumen des Hirns vor sich gingen. Mosso entwickelte diese Schwankungen des Hirnvolumens im Anschluß an psychische Reize als erster; er trennte sie bereits richtig von ähnlichen Schwankungen, die etwa vom Herzschlag oder von der Atmung abhingen. Seine Resultate wurden besonders von BERGER bestätigt und erweitert. Auch WEBER arbeitete in derselben Richtung weiter, kam aber zu etwas anderen Resultaten bezüglich der Proportionalität von Volumpuls und Gehirnvolumen. Nach WEBER nimmt die Volumkurve des Gehirns unter Einfluß von unlustbetonten Reizen beträchtlich ab, der Volumenpuls wird kleiner; langsam steigt dann die Volumkurve des Gehirns unter Vergrößerung der Volumpulse zur normalen Höhe an. Aus früheren Untersuchungen geht übrigens hervor, daß die Gefäße des Gehirns eine gewisse Selbständigkeit anderen Gefäßen des Körpers gegenüber haben; denn es bestand bei den Schwankungen der Volumkurven des Gehirns und des Armes absolut kein sicherer Parallelismus oder Antagonismus. WEBER präzisierte das genauer und kam auf Grund höchst sorgfältiger physiologischer Experimente zu dem Beweis, daß das Gehirn eigene Gefäßnerven besitzt, und daß diese unabhängig sind von dem allgemeinen, in der Medulla oblongata befindlichen Gefäßnervenzentrum. Seine Forschungen und seine Deduktionen sind so entscheidend, daß wir in der Tat seine Forderung, die Existenz eines besonderen Vasomotorenzentrums für die Hirngefäße, das hirnwärts von der Medulla oblongata gelegen sein muß, anerkennen und für bewiesen halten müssen (ähnlich nach ihm BICKEL). Nach physiologischen Experimenten, die in großer Anzahl gemacht wurden, läßt sich das Gesetz aufstellen, daß unter der Einwirkung eines Schrecks eine Zunahme der Blutfülle des Gehirns und der Bauchorgane, eine Abnahme der Blutfülle der äußeren Kopfteile und der Glieder, des Rumpfes eintritt. Der Blutsaftstrom ist durch eine vom Vasomotorenzentrum des Gehirns bedingte, akute Erweiterung, die Abnahme der Blutfülle durch eine aktive Kontraktion der Gefäße bedingt.

An diese physiologischen Tatsachen haben sich einige spekulative Theorien angeschlossen, wie die Gefühlstheorie von LEHMANN-BERGER, wonach die Prozesse, die einen Ersatz verbrauchter Energie bewirken (Assimilation) mit den Prozessen der Dissimilation (Verbrauch von Energie) in solchem Konnex miteinander stehen, daß sich der Zustand vollen Ausgleichs dieser Stoffwechselvorgänge als Lustgefühl, das Überwiegen der Dissimilation aber als Unlustgefühl äußert. Gegen diese Theorie sind physiologischerseits starke Bedenken erhoben worden (WEBER u. A.). Denn gerade bei Unlustgefühlen, die also einen mangelhaften Ersatz verbrauchter Energie zur Voraussetzung hätten, müßte man eine Erweiterung der Hirngefäße erwarten, damit durch überreiche Blutversorgung der Ausgleich zustande komme. Gerade das Umgekehrte aber ist der Fall: bei Unlust tritt regelmäßig Verengung der Gefäße ein, was eine Verschlechterung der Ernährung des Gehirns bedeutet.

Digitized by Google

Wir müssen aber annehmen, daß mit den Blutverschiebungen bei Unlust, Schreck, nach Anstrengung usw. ein Zweck, ja ein Nutzen verbunden ist; und zwar müssen wir annehmen, daß der Reiz das Gefäßnervenzentrum bereits trifft, bevor er zur Hirnrinde gelangt, daß er also sozusagen noch ein normales Gehirn trifft, in dem Dissimilationsprozesse noch nicht eingesetzt haben. Die Veränderung der Blutfülle in den Gefäßen des Gehirns bedeutet also eine zweckentsprechende Regelung des Stoffwechsels; sie bewahrt das Gleichgewicht desselben und hindert den Verlust chemischer Energie, der bei unverminderter Blutfülle, d. h. bei verminderter Nahrungszufuhr eintreten könnte.

Durch diese Zunahme der Blutfülle des Gehirns (besser: der Hirnrinde) wird nun auch ein Zustand geschaffen, der den Reiz länger festzuhalten imstande ist. Ja, es wäre möglich, daß erst durch die momentane Überernährung und Stoffwechselsteigerung die Hirnrindenzellen fähig werden, den Inhalt der lust- und unlustbetonten Vorstellung ganz zu verarbeiten; daß durch diese Überreizung eine momentane äußere Einwirkung, wie etwa der Schreck, intensiver empfunden und verarbeitet wird. Ein schnelles und intensives Erfassen, ein rasches verstandesmäßiges Verarbeiten des Reizes würde aber zweckmäßigerweise auch ein rasches Abklingen des Reizes bedeuten; wie denn etwa der anfänglichen Vermehrung der Blutfülle bald eine reaktive Verminderung folgt. Normaliter kommt dieser Vorgang, wie er hier theoretisch geschildert ist, wahrscheinlich auch praktisch durch die bekannten sichtbaren körperlichen und psychischen Erscheinungen nach Auftreten eines Schrecks zum Ausdruck. In pathologischen Fällen jedoch, wenn die Hirnrinde für den betreffenden Reiz besonders prädisponiert ist (degenerativ, toxisch usw.), wird durch die Änderung der Blutverteilung gerade der umgekehrte psychische Effekt zuwegegebracht: nämlich übermäßige Empfindung der Intensität des Reizes und übermäßig lange Nachdauer. Im Zusammenhang damit steht dann bei pathologischen Individuen die leichte Ansprechbarkeit der Hirnrinde für den einmal gesetzten Reiz, sowie die Reaktion auf Reize, die weder nach Charakter noch Stärkegrad den krankhaften Folgeerscheinungen adäquat sind. —

Wenn wir im allgemeinen von Reaktionen sprechen, so haben wir rein psychologisch an drei Stufen, rein biologisch an zwei bestimmte Formen derselben zu denken. Die Stadien, die jede Reaktion zu durchlaufen hat, sind Aufnahme des Reizes, innere Verarbeitung des aufgenommenen Reizes und motorische Entladung des eingeleiteten Erregungsprozesses. Auf unseren speziellen Fall angewandt, würde das bedeuten: Der äußere Anlaß des Schrecks tritt, durch irgendein Sinnesorgan vermittelt, in unser Gehirn ein (Knall, Blitz, Unglück); der Schreck kommt uns zum Bewußtsein, und damit in Verbindung das Unlustgefühl für die möglichen Konsequenzen des Reizes; schließlich springt die psychische Spannung auf die motorischen Zentren über, und dieser plötzliche Übergang äußert sich in Hemmung oder gesteigerter Bewegung. (Man ist „gelähmt" vor Schreck; manche Menschen laufen wie irr umher nach schreckhaften Katastrophen,

Digitized by Google

„rasen“.) Alle diese Glieder der Reaktion ketten sich in individuell verschiedener Schnelligkeit aneinander, wie denn auch die Intensität der einzelnen Phase bei verschiedenen Menschen eine andere ist. Nähme man zu diesen drei Zeiten der Reaktion (Reaktion hier als psychologischer Begriff gefaßt) noch das Moment des Abklingens eines Schreckreizes dazu, resp. die Fortdauer der Reaktion ohne fortwirkenden Reiz, so wäre mit der Unterscheidung dieser 4 Kriterien ein Maßstab gewonnen für die Beurteilung, ob eine Reaktion normal oder pathologisch sei; denn auf allen 4 Stadien läßt sich der Reiz oder die Wirkung des Reizes so differenzieren, daß außerhalb der Grenze eines gewissen Schwellenwertes eine anormale, weil übertrieben lange oder intensive Wirkung zustande kommt. In dem ersten Stadium (Aufnahme des Reizes) kann die schreckhafte Ursache von einem Individuum in verstärktem Maße wahrgenommen werden, es kann von einem mittelmäßigen Schreckreiz übermäßig lebhaft affiziert werden. Das finden wir bei allen Neuropathen und Neurasthenikern; sie zucken beim Schlagen der Tür, beim Knarren der Diele, beim Wehen der Gardine zusammen, empfinden Schrecken, wenn man sie unverhofft anredet. Auch der sogenannte „nervöse“ Durchschnittsmensch kann derartig schnell reagieren; er verarbeitet aber (zweite Phase der Reaktion) den aufgenommenen Reiz rasch, indem ihm die Erinnerung an ähnliche frühere Reize erwacht und so der lebhafte Affekt in einen ruhigen übergeleitet wird. In pathologischen Fällen schwächt die Assoziation mit ähnlichen Erlebnissen die Schreckwirkung nicht ab, sondern erhöht sie. Es können sich an den einfachen Reiz lebhafte Angst- und Zwangsvorstellungen knüpfen, ja sie können zu richtigen Transformationen des äußeren Reizes, zu Illusionen und Halluzinationen führen. Dementsprechend äußert sich denn auch der motorische Effekt verschieden. Während die motorische Hemmung durch Schreck beim normalen Individuum von kurzer Dauer (Sekunden oder Minuten) ist, kann sie in pathologischen Fällen (d. h. Fällen, die eben durch diese Änderung pathologischen Ausdruck bekommen) stundenlang anhalten und so einem akut psychotischen Bild ähneln. Auch das Umgekehrte wird beobachtet. Nämlich daß die motorische Unruhe und der Bewegungsdrang Grade erreichen, die nur bei Psychosen angetroffen werden. Schließlich dokumentieren sich die pathologischen Reaktionen auf Schreck dadurch, daß sie lange nachwirken, nachdem der Reiz aufgehört hat, d. h. daß die einmal gesetzte Wirkung, etwa in Form von Symptomen der Neurose, ohne neuen Reiz, ja ohne die Erinnerung an denselben, bestehen bleibt. Es ist gleichsam das gefühlsbetonte Moment nachdrücklich in die Gehirnsubstanz eingegraben, es ist latent vorhanden, um ohne adäquaten Anstoß wieder in die Erscheinung zu treten; um so leichter, als durch den ersten Reiz mancherlei Hemmungsbahnen bereits fortgefallen sind. Wir werden gerade dieses Verhalten weiter unten an der Hand unserer Krankengeschichten nochmals erörtern.

Digitized by Google

IV.

Eigene Beobachtungen von krankhafter Schreckreaktion bei Kindern.

Ich will zunächst eine Anzahl der von uns beobachteten Fälle hier im Auszug wiedergeben. Es werden dabei sowohl hinsichtlich der auslösenden Ursache, als auch hinsichtlich der akuten oder nachhaltigen Erscheinungen viele Ähnlichkeiten hervortreten. Die Unterschiede verschwinden dabei sehr; zuweilen tritt die somatische oder die psychische Anomalie deutlicher hervor, oder es zeigt sich überhaupt nur ein Effekt auf seelischem Gebiet. Es ist dies nicht nur kasuistisch interessant, sondern auch theoretisch; ich setze aber, um Tüftelei zu vermeiden, alle Krankengeschichten hier nebeneinander, und will erst im Anschluß daran über die Einordnung der Bilder, die zuweilen nicht leicht werden würde, sprechen. Klinisch könnte nach unseren Beobachtungen das Material geordnet werden in folgende Rubriken: echte Schreckhysterie, hysteroide Bilder, Schreckneurose.

I. H. K., 3¼ Jahre alt. Beob. 2. VI. 1913.

Familie gesund, rechtzeitig sprechen und laufen gelernt; außer Diphtherie keine Krankheit.

Am 16. IV. Tod des älteren Bruders, Leiche blieb bis Abend in der Wohnung. Das Kind zeigte zunächst keine Furcht. Abends ging der Vater mit ihm in ein Sarggeschäft, wo an dem Kinde eine Katze „hochschmeichelte". Plötzliches Aufschreien, das nur schwer zu dämpfen war. Zu Hause ruhiger, doch beim Heraustragen des Sarges erneutes erregtes Aufschreien. Als die Eltern abends zurückkehrten, lag das Kind sehr unruhig im Bett, fühlte sich heiß an, warf sich hin und her, griff mit den Händen in die Luft, zuckte mit den Füßen, Augen geöffnet. Auf Anrede sprang es hoch und rief: „Kaffee haben". Hinterher wiederum ängstliche Erregung, „verstörter Blick", Schwitzen, so daß die Nase voller „Schweißperlen" war, starkes Herzklopfen, auf Anruf sofortige schreckhafte Reaktion, im übrigen ohne Interesse für die Umwelt, starres Schauen nach der Decke. Seit dieser Zeit tagsüber stiller als sonst, mürrisch abweisend. Nachts dieselben Anfälle von Unruhe mit periodenweisem Schwitzen. Spontane Sprachäußerungen gering, Erklärungen über das Verhalten werden nicht abgegeben. Allmähliches Abklingen und Schwächerwerden der nervösen Erscheinungen, Spielen und sonstiges Verhalten wie früher, geht ohne Angst schlafen, vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen gelegentlich einige Minuten lang unruhig, ängstliches Verdrehen der Augen. Anhaltende Ängstlichkeit Tieren gegenüber.

Digitized by Google

Der objektive Befund ist bis auf einen vorhandenen Sigmatismus und eine Steigerung der Herzerregbarkeit vollkommen negativ.

Diagnose: Schreckneurose, vorwiegend vasomotorische Erscheinungen. Psychisch: ruhiger, verhaltener, wenig zutraulicher Gesamteindruck. Durch die Erinnerung an den krankheitsauslösenden Vorfall wird irgendeine besondere psychische Reaktion nicht hervorgerufen; doch werden die Angaben der Eltern schweigend bestätigt. Eine Amnesie für die nächtlichen Attacken liegt kaum vor.

II. E. Ph., 13¾ Jahre. Beob. 17. II. 1911.

Vater durch Unfall gestorben, Mutter hat seit dem Tode des Mannes Anfälle von hysterischen Krämpfen, ein Bruder ist Siebenmonatskind, Patient selbst rechtzeitig geboren, keine Enuresis mehr; Schule zuerst gut, seit zwei Jahren schlechter werdend, einmal sitzen geblieben. Vor fünf Jahren Blutvergiftung mit Wundrose an Stirn durch Verletzung. Seit zwei Jahren nächtliches Zusammenschrecken und Aufschreien. Damals bei Nachricht vom plötzlichen Tod des Vaters besinnungslos umgefallen. Beim Erwachen lag Mutter in Krämpfen. Seitdem ist Patient unruhig, reizbar, weinerlich, sorgt sich übermäßig um die Mutter, ist wehleidig und besonders weichherzig. Zuckungen am ganzen Körper, die auch nachts nicht ganz weichen; die Zuckungen, die sich im Anfang auf Gesicht und Kopf beschränkten, dehnten sich allmählich auch auf die Extremitäten aus. Deutliche Veränderung im Wesen des Kindes, sensibel, aufgeregt bis zum Jähzorn. Sprache hastig, Handschrift unsicher, fehlerhaft. Auch bei der Untersuchung vasomotorisch stark erregt, Blässe mit Erröten wechselnd, ausgesprochene Dermographie, Stimmung gedrückt, ticartige Zuckungen im Gesicht; Gedächtnis und Intelligenz gut.

Diagnose: Hysterisch-psychopathische Konstitution. Zweifellos belastetes Kind; in der Form der Krankheit imitatorische Anlehnung an die oft miterlebten hysterischen Attacken der Mutter. Der ganze Gesichtskreis, wie die Einstellung auf unangenehme Ereignisse und die Art ihrer Abwehr ist an den mütterlichen Richtlinien orientiert. Sogar eine gewisse kokette Eingenommenheit von sich und der nervösen Erkrankung ist das photographische Spiegelbild der mütterlichen Artung. Wie eine oberflächliche psychoanalytische Aussprache ergibt, ist die Erinnerung an die schreckhafte Nachricht, nicht so sehr an den eigentlich tragischen Inhalt derselben mit allen Konsequenzen, fest in der Seele des Kindes fixiert.

III. R. K., 9 Jahre. Beob. 12. II. 1912.

Vater chronischer Trinker, Geschwister gesund, ein Bruder der Mutter gelähmt. Patient lernte mit zwei Jahren laufen und sprechen, leichtes Stammeln, in der Schule mäßiges Lernen, keine Krankheiten. Im Januar wurde eine Tante in Gegenwart des Kindes ohnmächtig und fiel hin, Patient

Digitized by Google

hielt sie für tot. Im Anschluß daran Anfall von Schreien und Zittern am ganzen Leib, „als ob einen friert", Arme gebeugt, Körper in steifer Haltung, ohne Zuckungen. In den nächsten Tagen ohne Ursache ebensolche Anfälle. Nach einem anfallfreien Intervall von acht Tagen Sturz auf den Kopf ohne Kommotionserscheinungen; im Anschluß daran sofort erneutes Auftreten der Anfälle. In diesen Anfällen, die nunmehr gern nach Affekterregungen auftreten, halluziniert das Kind ängstliche Gesichte, Gespenster, Mörder. Durchgehend Stimmung ängstlich, weinerlich. Der objektive Befund außer leichten Degenerationszeichen körperlich negativ.

Diagnose: Hysteroide Anfälle.

Nachuntersuchung nach ½ Jahr ergab: Besserung des Allgemeinbefindens, leichte Erregbarkeit, Angst vor der Dunkelheit, halluziniert im Bett öfters noch Mörder und Verbrecher, die „ganz schwarz" aussehen und auf ihn mit Messern und Spießen zukommen. Lernt in der Schule gut, zu Hause unfolgsam. Körperlich objektiv Lidflattern und sehr frequenter Puls.

Auch hier Imitation, bewußt oder unbewußt deutlich. Patient geistig minderwertig, durch das Potatorium des Vaters zudem prädisponiert auch zu sonstigen psychoneurotischen Erscheinungen. Die tiefere psychologische Ursache der geschilderten Anfälle scheint die Angst zu sein, auch einmal für tot gehalten zu werden. Daher eine besondere Heftigkeit der Schreckäußerungen, Halluzinieren von Gestalten, Hinlenken der Aufmerksamkeit auf drohende Gefahren. Durch dauernde Weinerlichkeit und Verstimmtheit weiß das Kind ein mitleidiges Interesse für sich wachzuhalten.

IV. M. Ph., 14 Jahre. Beob. 13. VIII. 1911.

Uneheliches Kind, Mutter macht in der Unterhaltung einen sehr aufgeregten Eindruck, Schulbesuch bis IV. Klasse gut, später nachlassend. Seit 5 Monaten trinkt M. jeden Abend eine Flasche Bier. Menstruation seit 5 Monaten. Keine Krämpfe oder Ohnmachten, keine sonstigen Krankheiten. Vor drei Wochen abends angeblich auf der Straße von fremdem Mann belästigt, wobei starke innere Erregung. Vierzehn Tage später im Anschluß an intensives Gespräch über den Vorfall plötzliche „Ohnmachtsanwandlung". Nach „Erwachen" Wohlbefinden und Arbeit. Nach obj. Bericht ist sie nach der Unterredung, die sie mit einer Kollegin führte, mit einem Glase Wasser in der Hand immerfort um den Tisch herumgelaufen und machte dabei Bewegungen, als wenn sie sich gegen eine zudringliche Umarmung wehren wollte. Auf Zureden keinerlei Reaktion, ging spontan ins Bett, wehrte jede Annäherung ab, sprang aus dem Bett heraus, spülte das Wasserglas, trank schnell, legte sich wieder hin und lag mit starren Augen da. Verwirrtes Reden, bis nach einigen Minuten Erwachen „wie aus einem Traum" folgte und über Kopfschmerz geklagt wurde. Objektiv starke Anämie, systolisches Geräusch an der Spitze, leichter

Digitized by Google

Handtremor, physisch unauffällig. Periode blieb 3 Monate lang aus. Von dem nächtlichen Zustand weiß das Kind selbst nichts.

Diagnose: Somnambuler Dämmerzustand.

Eine harmlose Annäherung auf der Straße wird von leicht belastetem, seit kurzem menstruiertem Mädchen sexuell ausgelegt; im Anschluß an besonders nachdrückliches Wecken der Erinnerung an jenen Vorfall kurzer Zustand von Bewußtseinstrübung, in welchem der Gedanke an das Attentat in Abwehrbewegungen und Fortlaufen deutlich zum Ausdruck kommt.

V. M. L., 14 Jahre. Beob. 11. V. 1912.

Eltern gesund, Bruder an Krämpfen gestorben, Patient selbst gesund, menstruiert seit dem 13. Lebensjahre regelmäßig, spricht laut im Schlaf, sonst nicht nervös. Vor 5 Wochen beim Gang über das Feld Blitz in unmittelbarer Nähe eingeschlagen. „Furchtbarer" Schreck infolge des Knalls. Im Momente des Blitzes Gefühl der Schwere im rechten Arm, der nicht mehr bewegt werden konnte. Am anderen Tag konnte Pat. nicht mehr laufen. Nach ½tägiger absoluter Bettruhe allmähliche Besserung. Im Bett selbst lag Patient vollständig bewegungslos, beim ersten Versuch, aufzustehen, plumpes Hinfallen. Bei Untersuchung kein pathologischer Befund, keine Lähmung mehr; auch keine Reflexstörung, die auf einen abgelaufenen organischen Prozeß wiesen. Ausgang in Heilung ohne Behandlung. Psychisch unauffällig.

Diagnose: Psychogene Halbseitenparese.

Nach heftiger elementarer Naturerscheinung funktionelle Lähmung von kurzer Dauer, in welcher die Wunschtendenz, nicht mehr an den Ort des schreckhaften Ereignisses gehen zu müssen, deutlich wird. Nach erfolgter Beruhigung, die für das Kind eine Sicherung vor ähnlichen Affekten einschloß, Heilung spontan und fast ohne Behandlung. Eine gewisse Auswahl der hysterischen Erscheinungen nach der Art der Bequemlichkeit unverkennbar. Die primäre Armlähmung hinderte das Fortlaufen nicht, ja beschleunigte den Drang, heimzukommen. Zu Hause reagierte Patient beim ersten Versuch, aufzustehen, mit der kräftigsten Abwehr gegen jede Wiederholung des Schrecks: mit dem Versagen der Beine. (Die Parallelen zu den Zitter- und Lähmungserscheinungen der Kriegsteilnehmer sind massenhaft.)

VI. J. W., 11 Jahre. Beob. 28. V. 1912.

Keine Heredität, Mutter leidet an Kopfschmerzen. Bisher keine nervösen Störungen, kommt gut in der Schule vorwärts. Vor 2 Monaten sprang in der Dunkelheit ein Hund an das Kind heran, die Pfoten des Tieres lagen auf der Schulter des Kindes, Kopf stand über Kopf. Schreck, Blaßwerden, kurzes Zusammenzucken. 3 Tage später in der Schule sehr unaufmerksam, machte viele Fehler; plötzlich Aufstehen, Verdrehen der Augen, Zucken

Digitized by Google

der Arme, redete wirr von Hund, Pferden, wollte reiten, schimpfte laut auf den Lehrer und machte ihm eine lange Nase. Zu Hause Klage über Kopfschmerz, nach 1½ Stunden Aufwachen aus dem Zustand mit vollständigem Erinnerungsverlust für alles Vorgefallene. Nach etwa 6 Wochen ebenfalls in der Schule im Anschluß an scherzhaftes Erschrecken ähnlicher Anfall mit Zucken der Glieder, Dauer ½ Stunde. Wiederholung der Anfälle noch dreimal bis Ende Mai. Bei Nachuntersuchung im Dezember 1913 wird über ähnliche Zustände nichts mehr berichtet. Klage über Kopfschmerzen, Pat. ist besonders lebhaft, ausgelassen heiter, empfindlich gegen Geräusche, schreckhaft, ängstlich. Körperlich fällt außer einer allgemeinen Körperblässe starkes Lidflattern auf, sowie Fehlen von Corneal- und Würgreflex. Intelligenz gut, suggestiv sind keine Anfälle zu erzeugen.

Diagnose: Schreckdämmerzustände.

Auf eindringliches Fragen wird vollständige Amnesie für die geschilderten Zustände angegeben. Der Wunsch, aus der Schule fortzukommen, ist wohl kaum Triebfeder gewesen, da das Kind gern und gut lernte. Dem Anfall ging stets eine neue inadäquate Schreckwirkung voraus; die durchschnittliche Schreckhaftigkeit, die seit jenem Unfall nachweisbar ist, steigerte sich regelmäßig — auch experimentell — nach erneuter Auffrischung des Gedächtnisses. Doch ist mit einer relativ geringen Zahl von Anfällen das Maß der aufgespeicherten Energie erschöpft, abreagiert gewesen.

VII. A. F., 17 Jahre. Beob. 23. VIII. 1910.

Keine Heredität. Mit 12 Jahren Kopftrauma mit Bewußtlosigkeit. März 1910 sah Pat., wie ein Kranker in der Blindenanstalt Zuckungen bekam und wie „tot" dalag. Vor Schrecken Herauslaufen, nach einigen Schritten bewußtloses Hinfallen. Zuckungen wurden in der Dunkelheit nicht beobachtet. Seitdem öfters ohne äußeren Anlaß, speziell ohne vorhergehende Aufregung Anfälle von etwa ½ Stunde Dauer, in denen Pat. schreit, lacht, verärgerte Worte spricht. Beine ruhig gehalten, Kopf und Arme lebhaft hin- und hergeworfen; die Bewegungen sollen sich in den einzelnen Anfällen absolut nicht gleichen. Beim ersten Anfall stieg Pat. aus dem Bett heraus, lief fort und stürzte die Treppe herunter, schlug wie wild um sich, rief etwas wie „Deibel" und war nach 5 Minuten wieder bei sich. Einmal hat Pat. ¼ Stunde lang die eigenen Zuckungen bei vollem Bewußtsein mit angesehen, danach bewußtlos. Nach den meisten Anfällen vollkommene Amnesie, Mattigkeitsgefühl.

Körperlich sehr ausgesprochene halbseitige Druckpunkte; psychisch affektiv erregbar, launisch, labile Stimmung.

Diagnose: Hysterische Anfälle (hysterische psychopathische Konstitution).

Psychologisch wie Krankengeschichte 2 und 3. In manchen der Anfälle wird Pat. die Erinnerung an die eigentliche Ursache derselben an-

Digitized by Google

scheinend erst während der Zuckungen bewußt; daher Eintreten von (scheinbarer) Bewußtlosigkeit erst nach längerer Dauer derselben.

VIII. G. L., 9 Jahre. Beob. 12. VII. 1910.

Vater mikrocephal, sonst keine Heredität.

Vor einigen Tagen wurde Pat., als sie die Treppe im Dunkeln hinauflief, von zwei Jungens plötzlich an den Schultern gefaßt und gezerrt. Keinerlei Schmerzen, doch Klage über knappe Luft im Liegen. „Erstickungsgefühle.“ Zwei Tage später plötzliches Auftreten von Schmerzen in der Schulter ohne objektiven Befund, einen Tag anhaltend. Bald darauf Schmerzen im Knie, das steif und in dauernder Beugung gehalten wurde, Strecken unmöglich. Pat. lief zwei Tage lang sozusagen nur auf einem Bein, knickte beim gewaltsamen Aufsetzen des vermeintlich erkrankten rechten Beins zusammen. Chirurgischer und neurologischer Befund durchaus negativ. Selbstheilung, keine ärztliche Behandlung, nur Zuspruch. Eine Zeit lang wurde später über Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, knappe Luft geklagt; gelegentlich Gefühl des Brechenmüssens, „als ob ein Klumpen vom Magen zum Hals aufstiege“. Körperlich bei Untersuchung über den ganzen Körper verbreitetes Purpuraexanthem, Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper, Fehlen des Würgreflexes. Psychisch: besonders schlau, geweckt, lebhaft, auch leicht wütend und weinerlicher Stimmung. Nachuntersuchung nach 3 Jahren ergab von diesen psychischen Veränderungen nichts mehr. Pat. ist stets heiter, sehr lebhaft, gesprächig, intellektuelle Entwicklung aufsteigend.

Diagnose: Infantile Schreckhysterie.

Psychische Veränderung durch den Schreck auch hier sehr ausgesprochen, aber nicht anhaltend. Durch die anfänglichen Beschwerden leuchtet der Wunsch durch, nicht allein ausgehen zu müssen und damit die Wiederholung eines Schreckreizes zu beseitigen. Die Krankheitserscheinungen zeigen zuerst das Gepräge leichter lokaler Hysterie, die Erinnerungsvorstellungen werden dann aber — wie bei den Unfallsneurosen — immer stärker fixiert und zu erfolgreichen Waffen im Sinne ängstlicher Befürchtungen und Begehrnisse verarbeitet.

IX. H. S., 15 Jahre. Beob. 30. VIII. 1911.

Vater jähzornig, Väter der Eltern Brüder, Erregbarkeit des Vaters nach Alkoholgenuß. Von früheren Krankheiten des Kindes nichts Wesentliches bekannt; psychisch als eigensinnig, reizbar, anspruchsvoll, unverträglich, launenhaft geschildert. Mit 6 Jahren Schreck: an linker Seite des Kindes brach auf der Straße ein Mann, vom Schlage getroffen, zusammen. Weinen, Kopfschmerz, Erbrechen, nach einigen Tagen Zittern und Lähmungsgefühle in der linken Körperhälfte (Arm und Bein) von wechselnder Intensität. Durch elektrische Behandlung vorübergehende Besserung, doch Zunahme von Erregbarkeit und Fahrigkeit, welche ein jahre-

Digitized by Google

langes Versäumen der Schule bedingte. Objektiv lebhaftes, grobschlägiges Zittern im linken Arm, besonders am Handgelenk, ähnlich im linken Bein, nur weniger anhaltend und intensiv. Beim Finger-Nasen-Versuch wackelndes Danebenfahren. Gang schleudernd, nach rechts überhängend, links schleifend. Durch Suggestion sind sämtliche Erscheinungen momentan zu bessern; Wiederauftreten derselben nach Erregungen. Objektiv kein Zeichen einer organischen Störung.

Diagnose: Hysterischer Charakter. Imitatorischer halbseitiger Tremor und Parese, bereits mit Unterbrechungen 9 Jahre anhaltend. Außerordentlich hartnäckige, selten-schwere Form hysterischer Entartung. Nachdrücklichkeit der Erkrankung wohl durch Schwere der Belastung (Potus des Vaters, Inzucht) und schlechtes Milieu bedingt, ebenso die Tendenz, zu rezidivieren. Katamnese nicht zu erheben.

X. J. N., 16 Jahre. Beob. 13. V. 1911.

Keine Heredität, mit 16 Jahren erste Menstruation. August 1910 auf der dunkeln Straße von Mann angefallen; aufregender Prozeß, in dem der Betreffende 3 Monate Gefängnis erhielt (sexuelles Attentat??). In der Nacht nach dem Renkontre Aufschrecken, Hin- und Herwerfen der Arme, Blässe des Gesichts, abgerissenes Sprechen, anhaltende Abwehrbewegungen der Hände gegen den Rücken hin. Diese Bewegungen hielten ununterbrochen mehrere Tage an; beim Transportieren ins Krankenhaus Bewußtlosigkeit und Krämpfe. Nach Erwachen Zuckungen im rechten Arm. Nichts Epileptisches. Seit jener Zeit Angstanfälle, in denen Pat. schreien möchte, aber nicht den Mund öffnen kann. Hang zur Einsamkeit, Stimmung gedrückt bis zum Lebensüberdruß, „möchte sich was antun", Schreckhaftigkeit, Schwindelgefühle, Schwanken des Bodens beim Aufstehen, halbseitige Kopfschmerzen, Neigung zu Ohnmachten, Aufgeregtheit, Herzklopfen. Erscheinungen dreiviertel Jahr nach Beginn noch nicht wesentlich gebessert.

Diagnose: Depressive psychopathische Konstitution mit starker vasomotorischer Erregbarkeit.

Die motorischen Reizerscheinungen deuten auf den Wunsch des Mädchens, sich des Angreifers zu erwehren. Die Abwehrbewegungen während der Anfälle sind wohl die gleichen, wie die beim Attentat aufgebrachten; sie deuten in gleicher Weise aber auch auf die Insuffizienzgefühle, die sich bei der körperlichen Wehr einstellen. Die Sprache ist stammelnd, wie beim Hilferuf, die Arme werfen sich planlos in die Luft, wie in Momenten der Ratlosigkeit; die peinliche Situation, in welche die Halberwachsene geriet, zwingt zu einem scheuen Schweigen: daher die Anfälle, in denen die Stimme versagt, die Kehle zusammengewürgt ist, der Mund nicht geöffnet werden kann. Als Resultat dieser vergeblichen Anstrengungen: Flucht in die Bewußtlosigkeit, Hang zum Alleinsein, Abwehr gegen alle sinnlichen Einflüsse: Depression.

Digitized by Google

XI. M. K., 11 Jahre. Beob. 17. V. 1911.

Mutter sehr nervös, sonst keine Heredität. Vor einigen Tagen klemmte sich eine alte Dame an der Wagentür die Finger. Großer Schreck, als Blut floß. Auf dem Wege ins Dorf sprang ein Hund gegen das Kind. Mutter bemerkte, daß Pat. plötzlich blaß und starr wurde und nicht mehr laufen konnte. Späterhin anfallsweise kurz dauerndes Zucken des Körpers und ängstliches Vorsichhinstarren. Bei diesen Anfällen scheint sie wie im Traum zu sein. Im Schlaf gelegentlich plötzliches Aufsitzen und Sprechen. In der Zeit zwischen den Anfällen gänzlich unauffällig, Stimmung heiter, lebendig, Intelligenz gut. Allmähliches Abklingen der Erscheinung; kein körperlicher abnormer Befund, nichts auf Epilepsie Verdächtiges.

Diagnose: Absence-ähnliche Zustände.

Auch hier die innere Abkehr von dem Erinnerungsbild, Abkehr von den damit verknüpften Unlustempfindungen. Bei Vorhalt der Geschehnisse leicht visionäres Hinstarren. Völlige Heilung.

XII. M. K., 13 Jahre. Beob. 8. I. 1912.

Vetter des Vaters leidet an Krämpfen, Pat. selbst mit 2 Jahren Zahnkrämpfe. Bis zum 11. Jahre gesund, seit Juli 1909 „Krämpfe": Pat. stand auf einer Kellertür, die von unten gehoben und wieder gesenkt wurde. Furcht, herunterzufallen. Pat. ging zuerst in geordneter Weise über die Straße, an der gegenüberliegenden Haustür bewußtloses Umfallen, Hin- und Herwerfen des Kopfes, Zucken der Gesichtsmuskulatur, Körper steif, kein Einnässen, kein Zungenbiß, keine Verletzung. Amnesie für den Anfall und für den Schreck. September 1909 ohne irgendwelchen Anlaß plötzliche Erblindung, 1½ Stunden anhaltend. März 1910 wiederum etwa ¾ Stunden lang Verlust der Sehkraft, Arme steif gehalten, leichte Gesichtszuckungen. Von da ab wöchentlich ein derartiger Anfall von ½ Stunde Dauer, wo Pat. steif und reaktionslos dalag. Seit September 1911 alle 6 bis 8 Wochen Anfälle, in denen Pat. sich aufsetzt, schwer atmet und angeblich die Umgebung nicht mehr erkennen kann; gelegentlich auch nur Anfälle von Herzklopfen, Ängstlichkeit, Weinkrampf. Hinterher eine kurze Weile wie abwesend. In der Zeit zwischen den Anfällen unauffällig, doch Einbuße an geistiger Regsamkeit, Klage über Schreckhaftigkeit und Erregbarkeit, Kopfschmerz, Müdigkeit, „er könnte den ganzen Tag schlafen", Lernen in der Schule schlechter. August 1912 erste Menstruation. Anfälle geringer und seltener werdend, seit Juni 1913 vollkommen frei.

Diagnose: Hysterische Anfälle mit Amaurose.

Auffallend durch Mannigfaltigkeit der Symptome. Da auf ärztlichen Rat die Erscheinungen ignoriert wurden, traten nunmehr neue und sensationellere — Erblindung — an den Tag, die imstande waren, das Interesse der Angehörigen für den Fall und der Ärzte für die Patientin neu zu wecken. Nach Abblassen der Erinnerung Verschwinden des Krankhaften unter Zurücklassung rein neurasthenischer Beschwerden.

Digitized by Google

XIII. R. D., 13 Jahre. Beob. 12. I. 1910.

Keine Heredität. Im Alter von 6 Jahren wurde Pat. in der dunklen Küche von der Schwester überrascht, die ihm etwas fortnehmen wollte. Seitdem alle 3 bis 4 Wochen Anfälle von Übelkeit, Pat. legt alles weg, wirft Gegenstände, die er in der Hand hält, zu Boden und läuft wie ein Betrunkener in der Stube herum. Sitzt er auf dem Sofa, so fängt er an, „die tollsten Turnübungen" zu machen, wirft sich herum, strampelt mit den Beinen, stößt die Menschen von sich fort, lallt Worte wie: „laßt mich los", schwatzt viel Unsinn aus der Schule, bohrt den Kopf tief in die Kissen, streckt und biegt den Körper nach allen Seiten, bäumt sich im Bogen auf (arc de cercle). Augen stets offen gehalten, gute Reaktion auf Anrufen und auf thermische Reize. Gelegentlich auch nachts Anfälle, in denen mit Armen und Beinen herumgeschlagen wird. Dauer 3 bis 4 Minuten. Zweimal unwillkürlicher Urinabgang. Nach den Anfällen Heißhunger oder Schlafbedürfnis. Erinnerung aufgehoben. April 1910 Anfall beobachtet: Pat. stürzt plötzlich mit grunzenden Tönen und wild erhobenen Armen schwankend durchs Zimmer, die Augen weit aufgerissen, das Gesicht blaß, den Blick leer. Pupillenreaktion vorhanden. Beim Versuch des Festhaltens wildes Umsichschlagen; läßt man Pat. allein, so schlägt Pat. gegen Tisch und Wände. Nach ¼ bis ½ Minute unwillige, etwas bewußte Abwehrbewegungen. Im Februar 1911 nächtlicher Anfall, Pat. stieg aus dem Bett heraus und irrte einige Minuten umher. Auch März und April viele Anfälle oben geschilderter Art.

Diagnose: Epilepsia procursiva? Hysterie?

Auch bei vorhandener Epilepsie, für die das Einnässen spräche, sicher hysterische Erscheinungen. Besonders die Theatralik der Bewegungen und des Gesichtsausdrucks sprechen für eine aufgepfropfte Hysterie. Die Zustände von Herumrennen und Zerschlagen von Gegenständen wären psychologisch gut als Gegendemonstration gegen den ersten Überfall mit noch stärkeren Mitteln zu deuten.

XIV. E. B., 10 Jahre. Beob. 5. IV. 1910.

Mutter während der Gravidität Krämpfe; ein Bruder Encephalitis. Januar 1909 von drei Knaben auf der Treppe „überfallen", die ihr von hinten die Augen zuhielten. Sie sei auch gewürgt worden, so daß Fingerabdrücke zu sehen waren; einer nahm ihr Geld und Briefmarken ab. Die Mutter fand das Kind, das einen „gellenden Schrei" ausstieß, bewußtlos auf der Treppe. Nach dem Erwachen ängstliches Schreien, abwechselnd Hitze und Blässe, nachts Schreien, Schwitzen und Weinen. Seit dem Überfall Schlaf schlecht, nächtliches Aufschreien, am Tag verstimmt, „kriecht in sich zusammen". Bei leisen Geräuschen erhebliche Angst, fürchtet sich, allein zum Klosett oder auf die Straße zu gehen. In der Schule unaufmerksam, lernt schlecht, zittert beim Anrufen sofort und wird blaß. Sowie sie zwei Knaben zusammen stehen sieht, schreit sie laut auf und läuft fort. Kleine Anlässe (z. B.

Digitized by Google

Bestelltwerden zum Rektor) bewirken momentan heftige Angst und Erbrechen. Unter Behandlung (Abhärtung, Eisenarsen, Waldschule, Ruhe, Packungen) wesentliche Besserung. Bei einer späteren Untersuchung November 1911 nur noch Angst vor der Dunkelheit, sonst gesund.

Diagnose: Angstneurose bei belastetem Kind. Erinnerung an den ersten Schreck schlecht versenkt, durch inadäquate Anlässe, besonders solche, die dem primären entfernt ähneln, sofort mobil zu machen. Subakuter Verlauf, Ausgang in vollständige Heilung.

XV. P. W., 14¾ Jahre. Beob. 17. II. 1910.

Vier Geschwister hatten beim Zahnen Krämpfe, Pat. lernte mit 2½ Jahren sprechen, mit 1½ Jahren laufen. Besuchte Hilfsschule. War von jeher schlapp und weinerlich. Vor kurzem schoß ein anderer Knabe eine Schreckpistole unerwartet dicht vor seinem Ohre ab. Pat. geriet in maßlose Wut, nahm drohende theatralische Haltung ein, blieb aber, ohne etwas zu tun, wie gebannt stehen. Unmittelbar darauf Erbleichen und langsames zur Erde-Fallen. Zu Hause kurzer erregter Verwirrtheitszustand mit Angst. Vollkommene Amnesie für die Zeit vom Schuß bis zum Ende des Erregungszustandes. Seit dem Schuß klagt Pat. sehr viel über Ohrensausen, Tränen der Augen, Herzklopfen, „ängstlich zittriges Gefühl" am ganzen Körper, nächtliche Unruhe, lebhafte Träume und lautes Schlafsprechen. Objektiv Zeichen erhöhter Nervenerregbarkeit, Debilität, Degenerationszeichen (Syndaktylie, Turmschädel, Vitiligo an der rechten Stirn, Fehlen der seitlichen Schneidezähne im Oberkiefer, hoher schmaler Gaumen, Schädelumfang 50 cm).

Diagnose: Dämmerzustand. Schreckneurose. Deutlicher degenerativer Typ, imbezill. Im Beginn lediglich gesteigerte Schreck-Reaktion mit schweren vasomotorischen, auch hirnvasomotorischen Erscheinungen. Auch später dominieren diese zusammen mit neurasthenischen.

XVI. F. T., 10 Jahre. Beob. 16. IX. 1911.

Ein Bruder der Großmutter durch Suicid gestorben. Pat. früher nie krank, lernt gut. Vor vier Tagen hörte Pat. auf der Straße, daß ein Kind überfahren war; gleich darauf stürzte ein Knabe vor ihren Füßen in Krämpfen zusammen. Lautes Aufschreien und Unmöglichkeit zu gehen. Zu Hause zweimal 1½stündige Anfälle von Schreien, ängstliche Erregung, Zittern der Arme, hinterher Mattigkeitsgefühl. Nachts unruhig, stöhnend, fährt gleich auf. Bei dem ängstlichen Schreien glaubte Pat. immer den Toten vor sich zu sehen. Die Angst artete so aus, daß die Nachbarn, gelegentlich aus dem Schlaf gerüttelt, zusammenliefen. Drei Wochen lang ging Pat. nicht aus dem Haus, sondern blieb im Bett liegen. Anfälle wurden seltener und hörten nach einigen Wochen ganz auf. Untersuchung ergab: starke Erregbarkeit und Labilität des Pulses, Pseudoneuritis

Digitized by Google

optica, starke Übersichtigkeit, angedeutet Ruhenystagmus, starkes Zittern der Zunge, Steigerung der Sehnenreflexe, bei der Untersuchung Zittern am ganzen Körper. Untersuchung zwei Jahre später: Keine Anfälle, ängstlich gedrücktes Wesen, besonders bei Vornahme besonderer Dinge, aufgeregt, zittrig, leicht in Wut mit dem Wunsch zuzuschlagen, leichtes Zucken im Schlaf. Intellektuelle Entwicklung sehr gut, besonderes Talent und Interesse für Musik.

Diagnose: Angstanfälle, Schreckneurose. Auch hier Vorwiegen neurasthenischer und herznervöser Erscheinungen.

XVII. J. F., 6 Jahre. Beob. 18. VI. 1913.

Mutter luetisch, 2 oder 3 Aborte, Zahnen rechtzeitig, Laufen mit 1½, Sprechen mit 2 Jahren gelernt, mit 4 Jahren erst gut gesprochen. Schulbesuch gut. Trinkt gelegentlich Bier. Mit 3 Jahren war Pat. im Gewitter, und ein Blitz schlug vor ihm nieder. Seit jener Zeit Kopfschmerzen im Hinterkopf mit gelegentlichem Erbrechen, nächtliche Unruhe, „Gluthitze", „Toben", erzählt dabei von einem Mann mit glühenden Augen, schlägt um sich. Diese Anfälle kamen zunächst nur alle drei bis vier Wochen, später, besonders nach Aufregungen am Tag, jede Nacht. Von diesen Aufregungen wird nachts dann phantasiert. Noch nach drei Jahren ähnliche Zustände, doch seltener; lebhaftes, unruhiges, erregbares Kind, spricht und singt viel, ermüdet leicht, schnell in Erregung, kann sich vor Wut nicht halten. Objektiver Befund negativ.

Diagnose: Neurasthenie; Erregbarkeit der Hirnrinde, auch bei Beginn des Schlafs und in der Nacht. Geringe Debilität und vasomotorische Erscheinungen.

XVIII. F. N., 12 Jahre. Beob. 25. IV. 1910.

Vor einem Jahre während des Unterrichts in der Schule plötzliches Ausbrechen eines großen Brandes. Mehrere Tage lang zu Hause Weinen und Schlaflosigkeit. Seit jenem Brand Angst, allein zu Hause zu bleiben, läuft der Mutter weinend nach, Kopfschmerzen in der Stirn, der oft Tage lang anhält, nach dem Schlafen nicht frisch, frühmorgens mißgestimmt. Objektiv die Zeichen der Herzneurose und Neurasthenie.

XIX. K. W., 4¾ Jahre. Beob. 10. III. 1912.

Keine Heredität, stets gesund. Vor ¾ Jahren Heranspringen eines kleinen Spielhundes, der ihn in Bein und Hose biß. Zunächst nur Blaßwerden, Stillsitzen und leises ängstliches Zittern. Drei Tage lang Furcht vor dem Ausgehen. Seitdem Grimassieren, Zuckungen in Hand und Bein, kann keine Sekunde ruhig sitzen, weint über jede Kleinigkeit, Stimmung launenhaft, wechselnd, erregt oder deprimiert. Bei Untersuchung ängstlich, unruhig.

Diagnose: Psychopathie.

Digitized by Google

XX. M. W., 12 Jahre. Beob. 1. XI. 1910.

Mutter leidet an Migräne, hatte einmal einen Lachkrampf. Vor 2 Jahren Anspringen eines großen Hundes. Im Anschluß daran schlaffe Lähmung der linken Körperhälfte, Herunterhängen des linken Armes, Schlottern des linken Beines (Mundfacialis symmetrisch). Gelegentlich linksseitige choreaförmige Zuckungen. Nach dreimonatiger Behandlung Heilung, 4 Wochen später, im Anschluß an Gerätturnen Exazerbation derselben Beschwerden mit Vorwiegen der Zuckungen; Analgesie linksseitig. Mit Einsetzen der ersten Menses erhebliche Besserung, die anhält.

Diagnose: Hysterische Hemiparese und Hemichorea.

V.

Allgemeine Folgerungen aus den klinischen Beobachtungen.

Ich habe bei einzelnen der vorstehenden psychogenen Bilder versucht, eine kurze Erklärung nicht der Symptome, sondern ihres Zusammenhangs, ihrer Entstehung zu geben. Das ließe sich im einzelnen noch viel weiter führen, und ALFRED ADLER (Wien) hat das besonders für alle kindlichen Neurotiker geistvoll und beharrlich durchgeführt, indem er die „Tatsachen" des Kindeslebens nicht als fertige, sondern nur im Hinblick auf ein Ziel als vorbereitende Bewegungen ansieht. (Ähnlich JUNG und SOKOLOWSKI.) Wir wollen uns, gerade weil die Kriegsneurologie zu ähnlichen Fragestellungen führte, nur mit ein paar Andeutungen begnügen.

Die Neurose des Kindes verrät eine subjektive Unzulänglichkeit, einen Mangel an Fähigkeit, sich mit Hartem, Schwerem, Erregbarem und Unlustbetontem im Leben abzufinden. Der Schreck ist für die Psyche mancher degenerativen, aber auch mancher leidlich gesunden und mancher konstitutionell schwächlichen Kinder bereits eine Mehrbelastung für den Etat ihrer in Arbeit und Erfahrung gesammelten Hirnenergien. Die Entspannung kann daher nicht momentan in irgendeiner körperlichen oder psychischen Ausdrucksbewegung erfolgen, auch nicht einer momentan massenhaften. Es haftet ein großer Rest, den es abzureagieren gilt. Mangel an Überlegung, Unvollständigkeit in der Verarbeitung der aufgenommenen und allzu mächtig empfundenen oder vorgestellten Reize bringen eine Bilanzverschleierung der Energien, eine Störung des psychischen Gleichgewichts zustande, aus dem es für die kindliche Psyche eben nur den einen Ausweg gibt: Kranksein. Dieses Kranksein als Äquivalent der seelischen Harmonie ist ein Notbehelf der seelisch Untüchtigen. Es bedeutet im kindlichen Leben nach all den kleinen Erfahrungen, die im Familienleben richtig gewonnen sind: Schutz vor den Wiederholungen seelischer Strapazen, erfolgreiche Suche nach tat-

Digitized by Google

kräftiger Hilfe bei eigener und eigenbewußter Insuffizienz, Zusicherung dieser Hilfe für alle Eventualitäten im Lebenskampf, Hoffnung auf Beistand, Mitgefühl, Trost. In dem wachgerufenen Interesse und dem gesteigerten Hilfebedürfnis der Umgebung liegt zunächst die Sanktion für die Berechtigung aller kindlichen Abwehrreaktionen; liegt zugleich die Gefahr für ihr Überwuchern und für die Fixierung aller möglichen krankhaften Eigenwilligkeiten, Formen des Trotzes und der Abwehr, der gewollten Zwecke und Bequemlichkeiten. Zweifellos spielen auch diese Momente eine große Rolle, und sie kehren in unseren Krankenblättern fast regelmäßig wieder: Wunsch nach dem Angenehmen, vom Bedrückenden, Angsterregenden, Unangenehmen weg. Diese Wünsche werden gelegentlich schon nach eingetretener Besserung wieder lebendig; ihnen eine Basis zu schaffen, werden Kunstgriffe angewandt, die uns aus dem Register der hysterischen Prozeduren bei Erwachsenen wohl bekannt sind und die dazu dienen, mit dem Entfachen neuen Interesses und gespannterer Aufmerksamkeit Zeit für das Ausleben der hysteriformen Entladungen zu gewinnen. Die krankhaften Erscheinungen, die als erste Abreaktion wohl genügen, wachsen sich zu Sicherungen gegen Rezidive des Schrecks und gegen Unlustaffekte aus, sie rufen sich fremde Hilfen herbei, die das wachsende Insuffizienzgefühl bannen, und sie mobilisieren diese neuen Hilfskräfte zum Schutz der selbstgeschaffenen abnormen Situation. Der egoistische Grundtrieb der kindlichen Psyche, oft versteckt im Bunde mit Eifersüchtelei, Herrschsucht und Schamgefühl, drängt sich vor und bietet oft auch dem ärztlichen Handeln Widerstand. Doch nur in seltenen Fällen. Die Sicherungen der hysterischen Kindheitssymptome gleichen im allgemeinen mehr Kartenhäusern als wirklichen Festungen. Der Sicherungskoeffizient, den wir als ausschlaggebenden Faktor in die Rechnung der Kriegshysterie einzustellen gelernt haben, ist bei den neurotischen Kindern noch konsequenter herauszulesen. Es sind in beiden Arten von psychogener Einwirkung nicht nur die Ziele der Abwehr (von Gefahr, Schreck, Unlust schlechthin), die eine Fixierung des neurotischen Komplexes herbeiführen, sondern es sind in den psychomotorischen Krankheitszeichen auch die Sehnsüchte und Wünsche nach einer Steigerung des Selbstbewußtseins, vermehrter Anerkennung, besonderer Anteilnahme und gesteigerten Interesses verborgen. Sind die dabei entstehenden Empfindungen auch lustbetont, so werden durch diesen Erfolg des Krankseins doch gleichzeitig auch wieder die Gefühle der Minderwertigkeit und des Unterliegens gezüchtet und erneut Kräfte, die zum Kampf mit der Neurose bereit sein könnten, reflektorisch falsch geleitet. Es ist ein Zeichen des neurotischen Charakters, wenn all diese Kräfte nur zu einer Steigerung der Krankheit, nicht aber ihrer Abwehr führen, wenn in diesem Kampf um ein fingiertes Ziel das Gefühl der Überlegenheit ausbleibt und das „sentiment d'incomplétude“ verfeinert, verstärkt wird.

Digitized by Google

Ob dabei eine Organminderwertigkeit wirklich die Rolle spielt, die ihr ALFRED ADLER zuweist, bleibe dahingestellt. Sicher scheint mir nach unseren Beobachtungen, daß sich bis zum Zeitpunkt der Wunscherfüllung die aggressive Tendenz der hysterischen Phänomene nicht gegen die Krankheit, sondern gegen das Gesundheitsgefühl richtet. Gewiß treten die meisten idiogenen Äußerungen reflektorisch bei den Kindern ein, aber auch diese Reflexe können willensmäßig angebahnt oder unterdrückt werden. Man merkt den Kindern selten etwas von Verstimmungen über ihre Erkrankung an; sie empfinden sie viel eher als Erfolg, als Sieg, zuweilen aus dem unbewußten Gefühl heraus, Eltern, Geschwister oder auch Ärzte und Lehrer durch ihre Krankheit beherrschen zu können. Das allein ist schon der kindlichen Psyche Ziel und Endzweck genug. Daher das relativ schnelle Abklingen der Neurose im Gegensatz zu den Erwachsenen, deren Zwecke weiter in die Zukunft reichen sollen.

Aus unseren Zusammenfassungen geht schon hervor, wie mannigfaltig in Einzelheiten die psychischen Reaktionen auf Schreck bei Kindern sind. Der Schreck selber ist meist ein nicht sehr adäquater Reiz für ausgesprochene krankhafte Veränderungen. Es kehren da folgende Schreckreize wieder, die allerdings z. T. mit anderen Arten von emotioneller Erregung (Angst, körperliche Unlustgefühle) gemischt waren: Anblick eines Sargs; Anschleichen und Berührung einer Katze; Nachricht vom Tod des Vaters durch Eisenbahnunglück; Ansehen eines Ohnmachtsanfalles; abendliche „Belästigung" durch einen Mann; Blitzschlag in der Nähe; Anspringen eines Hundes; Ansehen eines Krampfanfalles oder eines Schlaganfalles auf der Straße; Überraschtwerden in dunkler Küche; Sehen von Blut; Überfall von hinten; Abfeuern einer Schreckpistole; Überfahrenwerden eines Kindes; Brand der Schule; Hundebiß; Anfahren eines Autos. Bei den meisten Kindern tritt das Krankhafte sofort in Erscheinung, bei wenigen erst nach einigen Stunden, bei einem nach 2, einem nach 3 Tagen. Charakteristischerweise entladen sich die Spannungen besonders in der dem Schreck folgenden Nacht, wobei die Dunkelheit selber wieder als Reiz dient. Als sofortige Schreckreaktionen finden wir verzeichnet: Aufschreien, ohnmächtiges Hinfallen, Erbleichen, Zittern am Körper, Steifheit der Glieder, innere Erregung und Angst, Lähmung eines Armes, triebhaftes Fortlaufen, Weinen, Kopfschmerz, Erbrechen, Abasie. Als Folgeerscheinungen, im Anschluß an die erste ängstliche Erregung oder auch zeitlich von ihr getrennt, zeigen sich körperlich schwere kardiovaskuläre Symptome, wie Herzklopfen, anfallweises Schwitzen, Hitze im Körper, Erröten, Dermographie, Ohnmachtsanfälle, Ausbleiben oder Verlängerung der Periode, Kopfschmerzen, ferner Schlaflosigkeit, Verstimmung, Wechsel von Lustig- und Traurigsein, alle Formen psychogener Bewegungsstörung, typisch hysterische Krampfzustände, Tics, Halluzinationen, Charakterveränderungen nach der Richtung des Zänkisch-, Unverträglich-, Reizbar-, Schwermütig-Werdens, leichte Erregbarkeit

Digitized by Google

und Schreckhaftigkeit, Aufschrecken im Schlaf, Schlaflosigkeit, kurze Affektdämmerzustände, Pavor nocturnus-ähnliche Anfälle, vorübergehende Amaurose, Phobien, Interesselosigkeit, die selbst zu deutlichem Schlechtwerden in der Schule führt, Zerstreutheit, Wutanfälle. Auffallend ist es (besonders den Kriegsbeobachtungen gegenüber), daß das häufigste kriegsneurotische Symptom, der Tremor, bei Kindern so gut wie nie nach emotionellen Reizen angetroffen wird. Ob das mit der relativen Belanglosigkeit des Schreckreizes, ob es damit zusammenhängt, daß das Kind im Kranksein ein Äquivalent des psychischen Gleichgewichts sucht, aber chronische Gefühle des Mißbehagens, des Beobachtetwerdens unbewußt meidet, ob es schließlich eine Art Eitelkeit und Furcht vor Spott vor dem Schütteltremor bewahrt, kann nicht beantwortet werden. In unseren Beobachtungen fehlt das Zittern als Symptom der Schreckneurose vollständig. Ebenso übrigens (und vielleicht aus gleichen psychologischen Gründen) die bei den Soldaten auch häufige Enuresis. Ein Teil der geschilderten Symptome hängt inhaltlich mit dem krankmachenden Reiz zusammen, so die Furcht, allein auf die Straße zu gehen, wo das Kind überfahren wurde, die Furcht vor der Dunkelheit, in der der Mann das Kind ansprach, Angst vor dem Hinausgehen aufs Feld, wo der Blitz einschlug. Bei anderen ist die Angst unbestimmter, allgemeiner und inhaltloser, tritt aber subjektiv sehr lebendig zutage und ist den Angehörigen das deutlichste Krankheitszeichen. Die Angst läßt die Kinder nicht schlafen, lenkt ihr Interesse von Heim und Schule ab, das Zwangsmäßige dieser ängstlichen Einstellung bleibt als Rest des überstandenen Schreckens lange bestehen. Der Beeinflussung sind die körperlichen Erscheinungen leicht, die psychischen nicht schwer zugängig. Trotzdem bleiben Gemütsstörungen bei sensiblen Kindern gelegentlich zurück, die fast zur Umbildung des Charakters führen. Von den Kindern, die vorher frisch und munter waren, wird berichtet, daß sie nunmehr stiller, abgeschlossener, teilnahmslos sind, von den ruhigen, daß sie erregt, empfindlich, mürrisch, von den freundlichen, daß sie abweisend, mißtrauisch, unzugängiger geworden sind. (Siehe aber später auf S. 53 ff.: „Schilderung des hysterischen Charakters".) Neben echt neurasthenischen Symptomen ist da besonders oft von Verstimmungen die Rede. Sehr charakteristisch ist auch die leichte Ansprechbarkeit der krankhaften Reaktionen, auch wenn sie bereits abgeklungen sind; bei neuem geringfügigem Reiz wiederholen sich Anfälle, Angst, Erregungen, Ohnmachten. Bei einzelnen spricht aus der Ausprägung psychopathischer, gesteigerter Reaktionen deutlich eine bewußte oder unbewußte Tendenz, die dahin geht, nicht mehr in Situationen zu geraten, welche die psychische Veränderung hervorriefen; so die Abwehrbewegungen des Mädchens, das sich sexuell beleidigt glaubte, das Heulen des Kindes, das dem Hund nicht mehr begegnen mag; das verschleierte, hindämmernde Blicken des Mädchens, das ein unangenehmes, ängstlich vorgestelltes Bild verscheuchen will; die Lähmung, die zunächst

Digitized by Google

das Besuchen eines mit dem Schreckerlebnis verknüpften Orts unmöglich machte. Diese und ähnliche Erscheinungen, die ja im Bilde der Hysterie (siehe unten) etwas sehr Gewöhnliches sind, sahen wir bei den Kindern besonders gern im Anschluß an Schreck auftreten. Ganz grob gesagt, sind fast alle Veränderungen, die sich akut oder fortdauernd als Folgeerscheinung des Schrecks (oder ähnlicher Erregungen) bei Kindern zeigen, zusammengesetzt aus einer Reihe neurasthenischer, kardiovaskulärer und hysterischer Stigmata. Nach dem Vorwiegen der einen oder anderen könnte man von Neurose, Hysterie oder Neurasthenie reden. Daß uns die Kinder oft unterernährt, blaß, ermüdet, unfrisch vorkommen, ist eine Folge des meist erheblich gestörten Schlafs und des Appetits. Gerade Magen- und Darmsymptome werden in den Schilderungen gern vergessen, die Kinder essen mit Unlust, leiden an Obstipation, Magenschmerzen, das vegetative Nervensystem ist im ganzen emotionell alteriert. Auch über Störungen der Menstruation, sowohl langer Dauer als Ausbleiben derselben, wird geklagt. Aber auch in der Weise spielte die Menstruation zweimal eine Rolle, daß bei dem Einsetzen derselben die hervorstechendsten Symptome schwanden. Aus den Fällen ist auch ersichtlich, daß Zustände, die an Dämmerzustände erinnern, nach Schreckerregungen auftraten und Zustände von nächtlichen Halluzinationen, die an hysterisches Delir erinnern; ebenso finden sich angedeutete Pavor nocturnus-Anfälle. Kaum sieht man besonders deutliche hypochondrische Einschläge. Wohl sind wehleidige Kinder bei den durch Schreck krank gewordenen. Aber im Gegensatz zu den erwachsenen Unfallskranken fehlen die mürrischen, sich selbst, Eltern und Arzt quälenden, stets mit neuen Beschwerden hervortretenden, Besserung ablehnenden oder gering einschätzenden Individuen. Der relativ gute Heilerfolg spricht auch für das Fehlen der traumatischen Hypochondrie (oder Neurose Oppenheim). Vielleicht helfen dazu die in ängstlichen Häusern üblichen Versprechungen, Belohnungen und sonstigen kleinen materiellen „Abfindungen", die schneller erfolgen, als bei den erwachsenen Traumatikern die ersehnten Renten- oder Kapitalszugeständnisse.

Was die Familienanamnese der Kinder angeht, die wir untersuchten, so fanden wir in 10 Fällen (von 20) sichere erbliche Belastung durch Nerven- oder Geisteskrankheit in der Aszendenz: Potus des Vaters (Fall 3, 9), Krämpfe (Fall 2 und 20 bei der Mutter, 5 beim Bruder, 12 beim Vetter des Vaters, 14 Eklampsie der Mutter), Neuropathie und Jähzorn eines Teils der Eltern in Fall 4, 9, 11; außerdem konnten als belastende Momente noch eingerechnet werden: in Fall 9 Vetternheirat in nervösem Haus, Suizid des Bruders der Großmutter, Fall 20 schwere Migräne der Mutter, die auch einmal Krämpfe hatte. Bei ganz strenger Sichtung der Vorgeschichten könnte man noch von individueller Disposition zu nervösen Erkrankungen bei ein paar von den anderen Kindern sprechen, einer

Digitized by Google

Disposition, die durch Traumen des kindlichen Gehirns, durch geistige Langsamentwicklung, intellektuelles Zurückbleiben bedingt wäre. Sicher muß man eine solche persönliche Veranlagung in den Fällen 2, 4 und 17 suchen, bei denen die Eltern der 13., 14- und 16jährigen Kinder angaben, daß die Kinder täglich Bier trinken, das eine Kind sogar täglich „sehr viel". Man ist wohl ohne Zweifel berechtigt, einen solchen frühzeitig einsetzenden Hang zum Alkohol selbst als Zeichen einer Minderwertigkeit anzusehen, wenn man ihn nicht als Symptom sozialer Rückständigkeit der Eltern auffaßt, der dann erst recht als Belastungsmoment zu buchen wäre. Dreimal (Fall 7, 15 und 18) sind Hirnerschütterungen in der Anamnese der erkrankten Kinder aufgezählt. Diese können nur sehr bedingt schon als disponierende Momente für Neurosen aufgefaßt werden; gerade das kindliche Gehirn läßt Eindrücke traumatischer Art, die nicht sehr erheblich sind, leicht verblassen. Ebenso wäre es wohl zu weitgehend, wollte man in demselben Sinne etwa Zahnkrämpfe oder das verspätete Sprechen- und Laufenlernen hierher zählen. Nimmt man aber alle diese Angaben (und ebenso die Enuresis in Fall 19) streng als Ausdruck einer persönlichen Steigerung der Empfänglichkeit für psychische Erkrankungen, so blieben in der Tat nur 4 Fälle, nämlich 4, 6, 8 und 10 von allen 20 übrig, die als ganz gesunde, aus gesunden Häusern stammende, nicht prädisponierte Individuen imponierten (= 20 %). Bei weniger strenger Sichtung (siehe oben) müßten wir zur gesunden Gruppe aber noch Fall 1, 7 und 18 rechnen, was einer Prozentzahl von 35 % entspricht.

Die Verteilung auf die Geschlechter war derart, daß unter den 20 Kindern mit pathologischer Schreckreaktion 6 Knaben und 14 Mädchen waren (30 % Knaben gegen 70 % Mädchen), was auch den früheren Erfahrungen von dem starken Überwiegen von Schreckneurosen bei weiblichen Individuen entspricht und in unserer Gruppe deswegen belangvoll ist, weil sich die Kasuistik für Mädchen und Knaben auf dieselbe Zeitspanne erstreckt. Die beiden jüngsten Patienten waren 3¼ und 4¾ Jahre, die beiden ältesten 15 und 16 Jahre alt; innerhalb dieser äußersten Grenzen hielten sich die Altersstufen der übrigen Patienten so, daß ein Durchschnittsalter von 10 Jahren 4 Monaten herausgerechnet werden kann.

Mehrfach fanden sich Schädelmißbildungen und Degenerationszeichen, z. T. wie in Fall 15 gehäuft beieinander. Besonders sind da Mikrocephalie und Turmschädel von Bedeutung, weil durch sie auch (in 2 von 3 Fällen) das Zurückbleiben in der Schule seine Erklärung findet. Fall 15 zeigt neben Turmschädel Syndaktylie, Fehlen und Veränderungen an den Zähnen, Vitiligo, Fall 16 Pseudoneuritis, Albinismus, angeborenen Nystagmus (bei Hypermetropie).

Bei den als gänzlich gesund bezeichneten Kindern war auch die Charakter- und Intelligenzentwicklung sowie die Schulleistung eine durchaus normale, die Kinder werden sogar als begabt, besonders klug bezeichnet. Wirklich schwachsinnig ist nur der Knabe P. W. (Fall 15) gewesen; Zu-

Digitized by Google

rückbleiben und Schlechtlernen in der Schule wurde bei zwei Kindern notiert. Alle übrigen lernten gut oder sehr gut in der Schule, ein Moment, das hinsichtlich unserer früheren Ausführungen bezüglich der Genese kindlicher Neurosen besonders hervorgehoben werden muß.

Es ist bei mehreren der vorstehend behandelten Fälle notiert, daß entweder zu dem ersten schreckhaft betonten Erlebnis noch irgendein anderes psychisches Trauma hinzu kam, bevor die Neurose ausgelöst wurde, oder daß die Kinder späterhin mehr als früher zu besonders starken Schreck-Reaktionen neigten. Man kann hinsichtlich dieser Rezidive wohl annehmen, daß die einmal gesetzte nachdrückliche Wirkung eine gesteigerte Disposition für ähnliche spätere Reaktionen schuf. So nimmt es nicht wunder, daß späterhin von den Angehörigen der Kinder vielfach berichtet wird, sie seien nach dem ersten Trauma besonders erregbar, ängstlich, zeigten Furcht vor der Dunkelheit, nächtliches Aufschrecken, seien eigensinnig, reizbar, mürrisch, mißtrauisch. Dennoch darf man nicht gerade annehmen, daß die vorübergehende psychische Veränderung nun wirklich auch, wie die Eltern so gern berichten, zu besonders ausgeprägten Charakteränderungen geführt hätten. Einmal sind die Kinder meist in dem Alter, in dem widerstrebende Charaktereigenschaften an und für sich zu innerem Ausgleich drängen; zum anderen pflegen viele Eltern erst nach derartigen kleinen Katastrophen, die das Gleichgewicht ihrer Kinder stören, auf besondere Spielarten oder Abweichungen von Gewohnheiten und Lebensart der Patienten zu achten. Unarten, die sonst unbeobachtet geblieben wären, werden nun analysiert, zergliedert, studiert. Auch wissen die Kinder oft, daß ihnen nach ihrem krankmachenden Erlebnis solch kleine Schwächen und Ungebührlichkeiten im Benehmen nunmehr leicht nachgesehen werden. Daß die Angst und Unruhe wie in Fall 14 und 19 nach 2 Jahren noch ungeschwächt anhalten, gehört doch jedenfalls zu den Seltenheiten; die vollkommene Heilung ohne jeden Rest von Krankheitserscheinungen ist jedenfalls die Regel. Die Angaben, daß die kleinen Kranken eine mehr oder weniger ausgesprochene Depression, Verstimmung (Fall 10) oder besondere Heiterkeit (Fall 11) dauernd zur Schau tragen, sind sicher mit großem Vorbehalt hinzunehmen. Noch mehr die Angabe, daß nunmehr die schlechteren Schulleistungen auf den Schreck zurückzuführen sind. Gesteigerte Beobachtungslust und Wunsch nach besonderen Motiven des schlechten Lernens sind hier bei Beurteilung des Bildes oft verwirrend. Nachklänge der affektiven und vasomotorischen Erregbarkeit haben wir allerdings bei einigen Kindern noch nach 3 und 5 Monaten im Anschluß an den Schreck gesehen. In 6 Fällen haben wir uns aber einige Wochen nach der krankmachenden Ursache überzeugen können, daß die Kinder so gesund waren wie vorher, und haben auch in späteren katamnestischen Erhebungen keinerlei Veränderungen mehr wahrgenommen. Eine Ausnahme von dem gewöhnlich Beobachteten ist gewiß Fall 9, in welchem ein auf dem Weg der Imitation entstandener Halbseitentremor mit Pseudolähmung

Digitized by Google

9 Jahre mit Unterbrechungen bestehen blieb. Hier handelte es sich aber um ein Individuum, das bereits in jungen Jahren, also bei Eintritt des Schreckreizes (6 Jahre) typische psychische Krankheitserscheinungen und hysterischen Charakter aufwies.

Im übrigen sind gerade die Formen des Tics, des Schütteltremors, die bei Erwachsenen im Gefolge des Schrecks häufig gesehen werden, bei Kindern lange nicht so ausgesprochen und zahlreich. Doch habe ich allein im Jahre 1913 vier Fälle von Chorea hysterica, einen Fall von echter Hemichorea und einen Fall von Tic der Nackenmuskulatur (Akzessoriuskrampf), einen Fall von generalisiertem Tic gesehen, deren Einsetzen zeitlich mit einem erheblichem Schreckerlebnis zusammenfiel. Bei epileptischen Anfällen wird der Schreck ebenfalls gern als Ursache angegeben und kann (jedenfalls bei hystero-epileptischen Individuen) natürlich als auslösendes Gelegenheitsmoment sehr wohl mitwirken.

VI.

Pathogenese der Schreckerkrankungen.

Wir können an dieser Stelle nicht die Frage umgehen, zu welchem Krankheitsbegriff die geschilderten Bilder zu zählen sind und ob sie alle überhaupt unter dieselbe Rubrik gebracht werden können. Eine theoretisch wichtige und viel diskutierte Frage, die hier zu beantworten wäre, lautet: sind diese Krankheitserscheinungen, die sich im Anschluß an ein heftiges psychisches Trauma einstellen, hysterischer Natur? Diese Frage bedeutet nicht eine Äußerlichkeit, nicht die Sucht, mit aller Gewalt psychische Phänome in ein Schema zu zwingen. Im Gegenteil. Es schien uns beim Beobachten der Kranken und beim Niederschreiben ihrer Krankengeschichten, als ob eine solche Rubrizierung unter große und allübliche Krankheitsformen nicht immer ganz leicht wäre. Wir wollen die wichtigsten solcher Überlegungen hier wiedergeben, die zu einem einigermaßen sicheren Urteil darüber führen sollen, ob man die im Gefolge heftigen Schrecks auftretenden psychischen und neurotischen Erkrankungen als Krankheiten sui generis auffassen muß, oder ob sie mitsamt zu übergeordneten Krankheitseinheiten gehören.

Daß die geschilderten Störungen psychogene sind, beweist noch nicht ihre hysterische Natur, ist aber durch den innigen Konnex der Erscheinungen mit dem ätiologischen Reiz sichergestellt. Eine Fragestellung ist hier überhaupt nur möglich, weil die Widersprüche in der Hysterieforschung und bei ihren einzelnen Vertretern so einschneidend sind, wie bei keiner sonstigen Erkrankung des Nervensystems. Während z. B. Lewandowsky, der als letzter die Hysterie monographisch bearbeitete,

Digitized by Google

zur Hysterie auch die Angst- und Schreckneurose, die Affektschwankungen Ziehens, die reaktiven Depressionen rechnet, gehen andere Autoren so weit, Hysterie als Krankheitsbegriff überhaupt abzulehnen. Sommer identifiziert psychogen mit hysterisch, vereinfacht daher die Situation, indem er gleichzeitig andere Krankheitsbegriffe, die sicher auch psychogener Natur sein können (paranoische Komplexe bei Inhaftierten, Depressionen usw.) vergewaltigt. Psychogen, d. h. durch psychische Einflüsse bedingt können Einzelsymptome, können Krankheitsbilder, können Entstehung und Verlauf einer Krankheit sein. Nur solche Vorstellungen und Geschehnisse aber entfalten psychogene Wirkungen, die das Gemütsleben affizieren, „psychogener Nutur sind solche pathologische Erscheinungen, welche durch affektiv wirksame Geschehnisse bedingt sind" (Birnbaum). Wenn man die wichtigsten Arbeiten über diesen Stoff übersieht, so muß man den Eindruck gewinnen, daß der einst so starke Einheitsbegriff Hysterie überhaupt stark ins Wanken gekommen ist. Es gibt keine Krankheit dieses Namens, wie es etwa eine Epilepsie, eine Chorea, eine Katatonie gibt; keine „entité morbide", die sich, wie andere Erkrankungen somatischer oder psychischer Natur, nach neuen Gesetzen, losgelöst von Intensität und Art ihrer Ursache fortentwickelt. Die Hysterie, auch wenn sie noch hier und da als Krankheitseinheit trotz aller Mannigfaltigkeit der Erscheinungen imponiert, bleibt in ihrer Entwicklung und ihren Symptomen dauernd formell und inhaltlich von äußeren Faktoren, die etwa auch ihre Entstehung veranlaßten, abhängig. Es kommt dazu, daß wir bei Normalen und Degenerierten, bei Psychopathen und bei allen möglichen andersartigen Erkrankungen hysterische Züge und Zeichen finden, ohne daß wir das Recht hätten, hier von einer Hysterie oder von einer Kombination mit Hysterie zu sprechen. Das liefe dann schließlich auf das sehr anfechtbare Wort Möbius' hinaus, daß im letzten Grunde alle Menschen hysterisch seien. Konsequenterweise haben denn Forscher wie Schyden, Bonhoeffer, Gaupp, Steierthal, Forel, Wilmanns erklärt: es gibt keine Hysterie, es gibt nur hysterische Symptome und einen hysterischen Reaktionstypus. Damit ist noch nicht ausgesprochen, worin das Charakteristikum dieser Reaktionsweise besteht. Und wenn wir uns auch vergegenwärtigen, wie die einzelnen Forscher sich zu dieser Kardinalfrage gestellt haben, so erleben wir gleichzeitig die Vielgestaltigkeit der Hysterie und den Fortschritt, den die Erkenntnis trotz aller Widersprüche zu machen scheint. Mit einem kurzen Schlagwort läßt sich gewiß das Wesen der Hysterie nicht erfassen, noch weniger mit einem einzigen Satz ergründen. Doch zeigt vielleicht eine kurze Notierung der verschiedenen Gesichtspunkte, aus denen heraus die Hysterie angeschaut werden kann, wie bei allen diesen theoretischen Formulierungen bestimmte Symptomenkomplexe ihre auslösende Erklärung finden, während andere dabei ungelöst beiseite bleiben. Die Kinderhysterie verläuft meist monosymptomatisch; es wäre daher schon mit der verschieden-

Digitized by Google

artigen Beleuchtung eines Einzelsymptoms, wenn sie sein Wesen und seine Herkunft entdeckt, mancherlei gewonnen, wobei noch immer vorausgesetzt sein mag, daß wirklich die meisten Fälle, die wir beschrieben haben, zur Hysterie gehören.

Seit Charcot und Möbius wird die Hysterie auf krankhaft erhöhte Suggestibilität zurückgeführt, nach Möbius ist sie dadurch bedingt, daß Vorstellungen leicht ungewöhnliche psychische Erscheinungen hervorrufen. Sommer nennt hysterisch Krankheitszustände, die durch Vorstellungen hervorgerufen und durch Vorstellungen beeinflußbar sind. Ziehen betont den abnorm erhöhten Einfluß der Vorstellungen, die emotiven Charakter haben, aber den abnorm verminderten Einfluß der Vorstellungen, die von der Emotion nicht abhängen. Nach Kraepelin ist die Hysterie durch besonders gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen, welche außerordentlich schnell und außerordentlich leicht körperliche Symptome erzeugen. Oppenheim betont ebenfalls mehr die Veränderungen auf dem Gebiet der Affekte, als auf dem der Vorstellungen, die gesteigerte Affekterregbarkeit und den erhöhten Einfluß von Gemütsbewegungen auf motorische, sensorische und sekretorische Funktionen. Ähnlich spricht Vogt von gesteigerter Emotivität. Dubois hält für hysterisch alle funktionellen Störungen, die unter dem Einfluß von Gemütsbewegungen entstehen. Nach Kohnstamm geht die hysterische Reaktionsweise aus einem besonderen Krankheitswunsch, aus einem Defekt des Gesundheitswissens hervor, es fehlt dem Hysterischen die Hemmung reflektorischer Vorgänge, es fehlt ihm die Möglichkeit, auftauchende psychische Erregungen zum bewußten Denken und Willen zu verarbeiten. Hellpach (der das Wort reaktive Abnormität im Gegensatz zur produktiven prägte) nennt als Charakteristikum der Hysterie die Disproportionalität zwischen Affekt und Ausdrucksbewegung, Gaupp die leichte Umsetzung seelischer Erregungen in körperliche Symptome, wobei das fein abgestufte System der Regulierung und Hemmung, wie es beim Normalen in Aktion tritt, in Unordnung geraten ist. Janet prägte weitschauend das Wort von der Einengung des Bewußtseins, dem Mangel an psychischer Synthese und der Spaltung der Persönlichkeit als Charakteristika der Hysterie. Raymond nimmt eine Störung vitaler Reflexe an, die eine Dissoziation der psychischen Prozesse und deren unkontrollierte Funktionen bedingen. Freud und Breuer sehen das Hauptwesen der Hysterie in einer Verdrängung von Vorstellungen (meist sexueller Natur) ins Unbewußte, partiellen Zerfall des Bewußtseins. Bonhoeffer hält es für das Charakteristikum der Hysterie, daß die Abspaltung psychischer Komplexe unter dem Einfluß eines inhaltlich bestimmt gerichteten Willens vor sich geht. Babinski meint, das Entscheidende sei die Möglichkeit, die Symptome durch Suggestion hervorzurufen und durch Überredung zum Verschwinden zu bringen. Alle diese Theorien gegeneinander abzuwägen oder kritisch zu betrachten, liegt hier kein Anlaß vor. Zum Teil widersprechen sie sich, zum größten

Digitized by Google

Teil aber ergänzen sie sich. Was in dem einen als Charakteristikum angegeben ist, erscheint in den anderen als Beisymptom; was die eine besonders herausgreift, geht in der anderen mit minder wichtig erachteten Erscheinungen verloren. Die meisten vernachlässigen das genauere Eingehen auf den hysterischen Charakter, den hysterischen Menschentypus, nach dem ja unser Gefühl so oft die Diagnose zu stellen hat und auch in der Lage ist, zu stellen. In einer gründlichen Definition der Hysterie muß aber auf all die von den einzelnen Forschern mit besonderer Liebe betrachteten Anomalien der Vorstellungen und Affekte des Trieb- und Gemütslebens eingegangen werden. Es muß in eine Definition der Hysterie schließlich jede vollentwickelte Hysterie und jedes Einzelsymptom passen, sei es nun von diesem oder jenem abnormen Verhalten des Denkens, Empfindens oder Handelns innerlich abhängig. Diesen Gedanken hatte wohl auch Sklarek, als er folgende Definition der Hysterie etwas weitschweifig, aber umfassend aus einer kritischen Sichtung aller vorhandenen Hysterieformen entstehen ließ:

„Die Hysterie ist eine Psychoneurose, die sich durch eine erhöhte allgemeine affektive Erregbarkeit und Empfänglichkeit des zentralen Nervensystems auszeichnet, infolge deren die Affekte rasch wirken, reizend oder lähmend auf die motorischen, sensiblen, sensorischen, vasomotorischen, trophischen, sekretorischen, exkretorischen und anderen Funktionen; besonders ist bei der Hysterie erhöht das egozentrische Gefühl. Außerdem bildet sich aus dieser Steigerung der allgemeinen affektiven Erregbarkeit die hysterische Suggestibilität aus, infolge deren die Ideen, die durch einen stärkeren oder schwächeren Affekt betont sind, leicht und rasch vom Individuum aufgenommen werden, die Neigung haben, rasch in eine Handlung überzugehen oder in ein wirkliches Phänomen umgesetzt zu werden, und zwar in reeller plastischer Form, als Anästhesien oder andere Stigmata. als Lähmung oder Krämpfe, Taubheit, Stummheit und dergleichen, und dann unter dem Einfluß entsprechender Suggestionen oder Affekte rasch verschwinden. Infolge der gleichen leichten und starken affektiven Erregbarkeit im allgemeinen und der Steigerung des egozentrischen Gefühls im speziellen zeichnet sich auch das Temperament dieser Individuen aus durch Unbeständigkeit und Veränderlichkeit der Stimmung, Neigungen, Ideen, Handlungen, des Benehmens und durch das Streben, sich durch extravagante Handlungen hervorzutun und die eigene Person zum Mittelpunkt der allgemeinen Aufmerksamkeit zu machen."

Damit ist unserer Meinung nach eine gute und ausführliche Erklärung der Hysterie als Krankheitsform und als Reaktionstypus gegeben, der Weg ihrer Entstehung geradeso gekennzeichnet, wie das Übergreifen vom psychischen auf inädaquate körperliche Erscheinungen und schließlich auch der Endeffekt der hysterischen Gesamtkomplexe.

Von diesem Endzustand muß gerade im Hinblick auf unsere Krankengeschichten noch einen Augenblick gesprochen werden. In der Praxis

Digitized by Google

erkennen wir gelegentlich die hysterische Natur eines körperlichen Leidens oder eines pathologischen Bewußtseinszustandes an der charakteristischen Eigenart, am bestimmten seelischen Zuschnitt des Patienten. Wir erkennen an der Art, wie er von sich und seiner Erkrankung spricht, wie er sich mit der Außenwelt abfindet, wie er Beziehungen herstellt zu seinen eigenen Ideen, Neigungen und Handlungen, wie er von Stimmung zu Stimmung schwankt, veränderlich in den Affekten ist, wir erkennen an der Summe alles dessen, was eine persönliche Temperaments- und Charaktereinheit ausmacht, den hysterischen Menschen. Von diesem Gesamteindruck kann sehr wohl einmal der sichere Schluß auf die funktionell-hysterische Genese der Erkrankung gestellt werden. In solchen Fällen ist aus einer Mannigfaltigkeit von Symptomen oder Symptomenkomplexen eben doch einmal eine Geschlossenheit, eine Krankheitseinheit, mindestens aber eine Einheit der Reaktionsweise geworden, wie sie eben unter dem Namen Hysterie figuriert. Meist hilft bei dieser deduktiven Methode noch der Umstand mit, daß man sich auf gewisse Zeichen (Stigmata) berufen kann, die, einst gewaltig überschätzt, doch beweisen, daß mindestens eine psychogene Komponente hier mit im Spiel ist, die, wenn wirklich hysteriforme Charakterveränderungen vorhanden sind, die Diagnose stützen können. Auch die erbliche Disposition kann diagnostisch zur Hilfe kommen. Die meisten Hysteriker sind als solche geboren, sie werden es nicht. Die belastenden Momente werden allerdings von vielen Autoren recht weit gefaßt, vor allem sind es aber natürlich organische und funktionelle Nerven- oder Geisteskrankheiten, Potus, eventuell noch Tuberkulose. Das Kind einer hysterischen Frau wird immer zur Hysterie die meiste endogene Veranlagung haben. Neben dieser angeborenen Disposition gibt es noch eine erworbene, und schon die Häufigkeit des Zusammentreffens von organischen Nervenerkrankungen mit hysterischen Zügen verrät, daß hier ein gewisser Zusammenhang bestehen muß. Auch traumatische und toxische Schädigungen können die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems so herabsetzen, daß sie für die Hysterie als vorbereitende Momente in Anrechnung kommen müssen. Schließlich macht die angeborene und die erworbene Disposition noch keine Hysterie, wenn nicht ein auslösender Faktor in Form eines psychischen Traumas hinzutritt. So ist der Krankheitsweg der ausgebildeten Hysterie ein ziemlich langer. Und man wird bei einem als hysterisch imponierenden Symptom immer noch nach derartigen Dispositionen forschen müssen. Gewiß macht die Massigkeit, die Häufung pathologischer, psychischer Symptome nicht das Wesentliche der Hysterie aus, wie natürlich auch der Wechsel der Erscheinungen für andere psychische Veränderungen geradeso charakteristisch sein kann, wie für die Hysterie, aber ein Einzelsymptom ist immer schwerer im pathognomonischen Sinn zu verwerten. Und nach wie vor wird der hysterische Charakter, der schwerer zu schildern als zu erfühlen ist, seine gewichtige diagnostische Rolle weiter spielen. Man wird (worauf Gaupp hinweist) also nicht behaup-

Digitized by Google

ten dürfen, daß Bismarck, der nach der Schlacht von Königgrätz von Weinkrämpfen befallen wurde, an degenerativer Hysterie litt. Zur Hysterie gehört mehr als das jeweilige Symptombild, es gehört eine eigenartige psychopathische Konstitution dazu, einerlei, ob man in deren Mitte als entscheidendes Merkmal die Wandelbarkeit, Selbstsucht, Willensschwäche, Energielosigkeit, Suggestibilität, Lügenhaftigkeit, Phantasietätigkeit, die Affektivität oder andere Eigenschaften des Vorstellens, Fühlens und Handelns setzt. Es ist gerade den kindlichen Hysterien gegenüber am Platz, wieder darauf hinzuweisen, wie tief hysterische Krankheitsäußerungen im Triebleben wurzeln. So verschieden sich die Hysterie in ihrer Entstehung, ihren klinischen Erscheinungen und ihrer Prognose auch verhält, wie man von Entwicklungs-, Entartungshysterie, von traumatischen, alkoholischen und Hafthysterien sprechen kann, — gemeinsam bleibt allen, und besonders den kindlichen Formen, die Entladung gemütlicher Spannungen auf Bahnen, die, wie Kraepelin einmal sagt, ursprünglich der Auslösung triebartiger Verteidigungsmaßregeln dienten, im gesunden Leben aber nur noch den Ausdruck von Gemütsbewegungen vermitteln. Hysterische Krankheitsäußerungen gelten uns mit Recht heute besonders als Ausdruck einer Ausschaltung höherer und festerer Willensleistungen. Wo diese, wie bei dem unentwickelten Kinde (oder unkultivierten Völkern) noch unausgebildet sind, wird sich daher die hysterische Reaktion im Anschluß an affektbetonte Vorstellungen — ideogen — oder als Ausdruck psychischer Shockwirkung schnell einstellen können. Die unmittelbare Wirkung des psychischen Traumas auf physiobiologischem Wege ist auch bei dem normalen Kinde einschneidender, stärker als die sekundäre, durch unterbewußte psychische Verarbeitung entstandene. Zwischen auslösender Ursache und dem Endzustand, nämlich den hysterischen Störungen, besteht darum inhaltlich oft auch eine besonders innige Beziehung, die Krankheitszeichen scheinen wie der verzerrte Ausdruck von Gemütsbewegungen. Bei den von uns geschilderten Fälle klingen die hysterischen Erscheinungen fast alle vollständig ab. Man wird daher wohl von hysterischen Begleiterscheinungen, hysterischen Reaktionen, konsequenterweise aber nicht immer von Hysterie sprechen können; von Hysterie erst dann, wenn ihre Erscheinungen ein wirklich selbständiges, die Situation beherrschendes Bild darstellen. Das ist aber bei den von uns publizierten Fällen nur ganz selten katamnestisch zu beweisen gewesen. Vor allem fehlt den hysterischen Schreckzuständen des Kindes die charakteristische Abspaltung eines bestimmten seelischen Komplexes von der Geschlossenheit des Gesamtbewußtseins. Die Kinder sind außerhalb ihrer Anfälle usw. wohl neurotisch, sie haben ein Gemisch von körperlichen und seelischen Krankheitszügen, es fehlt aber die konsequente Fixation derselben. Exaltationen, Verwirrung, Angst und die Disharmonie des vegetativen Systems sind immer wieder an neue Bedingungen geknüpft, ohne Reiz tritt das Krankheitsporträt nicht deutlich in die Erscheinung. Erst mit der

Digitized by Google

zielbewußten oder doch hemmungslos sich ausbildenden Fixation der akuten Schrecksymptome wird aus hysterischen und anderen idiogenen Erscheinungen eine echte Hysterie; diese aber im kindlichen Alter stets auf dem Boden der Belastung.

Kohnstamm hat das Gesundheitsgewissen in die Definition der Hysterie eingeführt. Das Gesundheitsgewissen wacht über jeder psychischen Reaktion, um sie mit dem Denken und dem Willen in Einklang bringen zu können. Es registriert die Erregung, um sie erfahrungsgemäß zu verarbeiten und um normale psychische Hemmungen einzuschalten. Die hysterische Reaktion besteht darin, daß dieses feine System der Regulierungen nicht funktioniert, ausgeschaltet ist, daß die Hemmung reflektorischer Vorgänge durch den Defekt des Gesundheitsgewissens ausbleibt. Damit eine solche Wirkung auf einen äußeren Reiz hin eintrete, bedarf es einer Summe von Erfahrungen, eines Wissens von den Zusammenhängen zwischen Ursache und Wirkung, die der Erwachsene in normalem Zustand besitzt. Eine Schädigung des Nervensystems ruiniert auch die normalen Regulierungen durch Intellekt und Willen. Der Parallelismus, der sich normaliter ausgleichend zwischem gefühlsmäßigem Erleben und geistiger Verarbeitung des Erlebten einstellt, gerät in Unordnung, wenn die Basis für ein abnormes Reagieren der Psyche geschaffen ist. Diese reaktive Abnormität, die dann schließlich nichts anderes ist, als ein Versagen des Gehirns, der seelischen und geistigen Kräfte gegenüber den Anforderungen des Lebens, heißt eben Hysterie.

Wenn das Funktionieren, die Intaktheit des Gesundheitsgewissens, wie ein Glauben abhängig ist von so vielen durch das Leben, durch Erfahrungen und Kampf im Leben errungenen Kräften, dann kann es beim unentwickelten Kinde natürlich auch nur angedeutet vorhanden, unentwickelt sein. Daher versagt dieses infantile Können auch so schnell, das Kind reagiert rasch mit einem hysterischen Symptom, das dann meist einen sehr durchsichtigen Zusammenhang mit der auslösenden Ursache zeigt. Wunschvorstellungen wie Furchtvorstellungen bestimmen am häufigsten den Charakter der kindlichen Hysterie. Man kann sagen, daß in typischen Fällen stets die Auswahl des Hauptsymptoms der Hysterie mit dem Inhalt des Schreckreizes in innerem Zusammenhang respektive in Abhängigkeit voneinander gebracht werden kann. Wo es besonders durchsichtig war, habe ich in den kurzen Zusammenfassungen unserer Krankengeschichten denn auch auf diese Wunschtendenz innerhalb der hysterischen Reaktion hingewiesen. Die Symptome bleiben, wie erwähnt, bei den Kindern vereinzelt, komplizieren sich selten und heilen unter suggestiver Therapie schneller ab, weil die Erfahrungen der Erwachsenen der unentwickelten Psyche des Kindes zu Hilfe kommen und das physiologisch noch defekte Gesundheitsgewissen vorwärts entwickeln, d. h. zum normalen Regulier-system hinleiten können. In diesem Sinn ist also jedes Kind zur Hysterie

Digitized by Google

endogen disponiert, denn sein unentwickeltes Gehirn antwortet auf Reize so, wie ein vollentwickeltes Gehirn, das Schädigungen irgendwelcher Art erlitten, also eine erworbene Disposition für die Hysterie hat. Wir brauchen in unseren Krankengeschichten also nicht krampfhaft nach belastenden Momenten zu suchen, wenn wir die Fälle als Hysterie ansprechen wollen. Das Kindsein ist unserer Meinung nach psychogene Disposition genug; d. h. der Umstand, daß bei unfertigen Individuen die Tendenz vorherrscht, auf psychische Reize mit psychotischen oder psychogenen Reaktionen zu antworten, ist eine für die Hysterie ausreichende Veranlagung. Diese Veranlagung wird eine um so manifestere, je intelligenter die Kinder sind. Und es ist gewiß kein Zufall, daß die Kinder, von denen unsere Krankengeschichten sprechen, meist als geweckte, besonders lebendige, kluge, aufmerksame Individuen geschildert werden. Das apathische Kind wird eher ein plötzliches oder seltsames Ereignis, das sein Gefühl besonders rege affiziert, abgleiten lassen, oder aus seiner Erinnerung rasch verdrängen können, das intelligente Kind sucht eine Entspannung der durch das psychische Trauma gesetzten Energieansammlung, die sich dann am bequemsten in intensiven motorisch-körperlichen Erscheinungen äußert. Geraten diese an Intensität über das Durchschnittsmaß, von Dauer über die normale Reaktionszeit, so ist damit ein Zustand fixiert, der stark an die Hysterie erinnert, ohne doch völlig mit ihr identifiziert werden zu können. Und in der Tat gibt es da fließende Übergänge zwischen normaler und pathologischer Reaktion. Auch andere typische Zeichen der Hysterie lassen beim Kind diagnostisch im Stich. Schon das normale Kind ist besonders empfänglich für äußere Sinneseindrücke, zeigt eine starke Suggestibilität, haftet nicht lange im Stadium einmal gesetzter Affektlagen, wechselt oft die Stimmung, zeigt wenig Konzentration und Willensenergie; auch der starke egozentrische Einschlag, der Egoismus der Hysterischen prägt sich im Kindesalter mehr oder weniger stark aus und ebenso der Mangel, Vorstellungen miteinander schnell zu verknüpfen, um gegenüber einem affekterregenden Erlebnis einen ausgleichenden Widerstand in die Wagschale zu werfen. Und aus eben diesem Grund kann auch der augenblickliche Gemütszustand, in den ein emotionelles Ereignis die kindliche Psyche versetzt, normaliter länger anhalten, als beim Erwachsenen, der Kritik und Gegenvorstellung schnell genug aufbringen kann, um das Erlebnis abzureagieren. Kinder sind dem hypnoiden Zustand, der für psychopathische Dauerwirkungen vorausgesetzt werden muß, rasch verfallen.

Aus alledem folgt, daß der hysterische Charakter des Erwachsenen und der Normaltypus des gesunden intelligenten Kindes viele Gemeinschaften haben, so daß es schwer wird, aus dem Nachweis des Temperaments und der Charakteranlage des Kindes einen bindenden Schluß auf die hysterische Natur einer vorliegenden akuten psychischen Veränderung zu ziehen.

Digitized by Google

In den von uns geschilderten Fällen ist aber selbst von einer das Mittelmaß überschreitenden Charakter-Abart des Kindes nicht die Rede. Es sind zum Teil besonders intelligente, zum kleineren intellektuell minderwertige, durchschnittlich aber normal begabte Individuen. Sie sind teils von den Eltern her nervös belastet, teils ohne jede hereditäre Belastung. Es sind mehrere sehr schreckhafte, leicht erregbare, reizbare Kinder darunter, die auch an nächtlichem Aufschrecken leiden, es sind gutmütige und zänkische, wehleidige und erboste, launische und stimmungsfeste Kinder dabei. Die meisten boten vor der augenblicklichen Erkrankung keine pathologischen Symptome ihrer Psyche, ihres Charakters, ihrer Intelligenz dar, oder doch nur in dem Maße, daß man in diesen Zügen Attribute eines besonderen Menschentypus erkennen konnte. Sieht man von diesen angedeuteten oder voll entwickelten Abnormitäten, die Spielarten des Normalkindes sind, ab, so bleibt nichts, was das ganze Wesen des Kindes als hysterisch zu bezeichnen berechtigen könnte. Allerdings mag im Zusammenhang hiermit erwähnt werden, daß Forscher wie Wollenberg, Cramer den sogenannten hysterischen Charakter überhaupt für eine fremdartige Beimischung zur Hysterie erklären, um ein exquisit endogen-degeneratives Moment, das in das Gebiet der Psychopathie gehört.

Aber auch die Folgeerscheinungen, die sich an den Schreck anschließen, sind nicht unbedingt und immer als hysterisch zu bezeichnen. Es fehlen da fast stets die doch so charakteristischen körperlichen Symptome, es fehlt die Konstanz einer einheitlichen Krankheitslinie bei noch so wechselvollen Einzelerscheinungen, es fehlt selbst eine für die Hysterie etwa pathognomonische Dauer des Krankheitsbildes. Die Erscheinungen klingen ab und machen dem normalen Befinden Platz. Sie gehen in der Intensität über das normale Maß der Schreckreaktion hinaus, sie variieren das gewöhnliche Bild mannigfaltig, sie vergröbern und vertiefen einzelne Züge bedeutend, aber sie bleiben doch vereinzelt und schließen sich nicht zu einem so festgearteten, einheitlichen Ring zusammen, daß man schon von Hysterie sprechen könnte.

Die Hauptveränderungen, die nach dem Abklingen des Schrecks zurückbleiben, sind die Zeichen der affektiven Erregbarkeit, der Labilität im kardiovaskulären Apparat und der Neigung zu Stimmungsschwankungen; also eine Mischung von Zügen der Neurasthenie, Hysterie, Psychopathie. Diese Reste des psychischen Shocks nehmen meist ihre Teile aus der akuten Veränderung, die auf den Schreck folgte; es sind mehr oder weniger permanente Dauereindrücke, Erinnerungen, die unter der Wirkung eines starken Affekts wieder wachgerufen werden oder bei dauernder Steigerung der Affektlage stets lebendig sind. Da allerdings, wo die körperlichen Erscheinungen sehr manifest sind, wo Sprachstörungen, Gehunfähigkeit, Analgesien, Globusgefühl, Amaurose im Anschluß an Schreck auftreten, ebenso, wo Krampfanfälle verzeichnet sind, wird man (wie wir schon in

Digitized by Google

unseren kurzen Zusammenfassungen am Ende der Krankengeschichten andeuteten) die Diagnose Hysterie stellen müssen.

Man wird das nach den vorstehenden Ausführungen auch tun müssen, wenn die Kinder sonst keine ausgesprochene hysterische Natur zeigen, und wenn ihr pathologischer Zustand nur kurze Zeit andauert. Es hieße mit dem Wort spielen, wollte man hieraus folgern, daß die Hysterie der Kinder eben heilbar ist und einen Normalzustand leicht erreichen kann. Daß ihre Prognose günstiger zu stellen ist, als bei der Hysterie der Erwachsenen, ist längst bekannt[1]) und nach dem Gesagten verständlich. Übrigens ist speziell bei den sicher hysterischen Kindern unserer Zusammenstellung der Reiz nicht allein oder nicht einmal vorwiegend ein schreckhafter, sondern es summiert sich hier der Schreck mit einem besonders gefühlsbetonten Erlebnis, ohne daß man beide Konkurrenten des Shocks voneinander trennen könnte. Gelegentlich sind es auch zwei oder mehrere Reize, deren Zusammenwirken erst den abnormen Zustand hervorruft. Gelegentlich schließlich ist durch ein gefühlsbetontes Ereignis die kindliche Psyche so weit vorbereitet, daß sie auf einen sonst nicht gar intensiven Schreckreiz bereits mit einer hysterischen Reaktion antwortet.

So müssen wir also eine Schreckreaktion, wie die in Fall 5, 7 oder 9 als hysterisch ansprechen. Wenn ein Kind in der Dunkelheit von der Schwester angefaßt wird und im Anschluß daran wie ein Trunkener herumläuft, mit den Beinen strampelt, Unverständliches lallt, den arc de cercle beschreibt; wenn vor den Augen des anderen der Blitz einschlägt und das Kind zuerst den Arm, am anderen Tag das Bein nicht bewegen kann; oder wenn ein drittes nach einem Schreck eine Hemiplegie bekommt, so sind das natürlich waschechte Hysterien, die auch dadurch in ihrer Krankheitseinheit gefestigt sind, daß die Affektivität dieser Individuen lange nachher noch gestört bleibt. Sehr oft, fast stets, scheint in den Symptomen der Krankheit ein bestimmter Wille zur Krankheit als besonders imponierend durch, wie BONHOEFFER das für entscheidend hält. So wenn bei einem Kinde, das vom Hund gebissen wurde, eine motorische Störung eintritt, die es hindern muß, wieder zur Straße zu gehen (Lähmung); oder wenn ein anderes, das im Finstern angefaßt wurde, Zuckungen im Sinn von starken Abwehrbewegungen bekommt; oder wenn ein drittes, vor dessen Augen der Blitz einschlägt, eine Abasie bekommt, um der Möglichkeit zu entrinnen, auf dem gefährlichen Weg vorwärts zu schreiten. Oft schimmert auch nur der unbewußte Wille durch, das Interesse auf sich zu richten und von anderen, affektiv wirksamen Dingen abzulenken. So, wenn ein Mädchen, dessen Eltern sich vor ihren Ohren zanken und damit drohen, auseinander zu gehen, eine hysterische Sprachlähmung bekommt (was allerdings auch soviel andeuten könnte, wie: sprecht nicht mehr von solchen Dingen).

[1]) Vgl. TOBIAS, Zur Prognose und Ätiologie der Kinderhysterie. Karger. Berlin 1915.

Digitized by Google

Eine endogene Veranlagung, wie sie von manchen Autoren als notwendig für die Hysterie angesehen wird, konnte nicht in allen diesen Fällen nachgewiesen werden, doch fiel die Häufigkeit von Krämpfen in der Aszendenz oder näheren Verwandtschaft auf. Eine große Vielseitigkeit oder Vielfältigkeit der Krankheitssymptome war selten vorhanden, die Hysterie dieser Kinder erschöpfte sich in einem einzelnen, stark sich vordrängenden Symptome und änderte sich auch während der Dauer der Krankheit nicht intensiv oder extensiv. Allerdings behalten die Kinder, die vor der Erkrankung keine besondere Abweichung vom Normaltypus zeigen, nach der Abheilung nicht selten kleine Züge dieser hervorstechenden Symptome als Erinnerung an ihre Krankheit zurück. Besonders gern neigen sie zur Ängstlichkeit oder Schreckhaftigkeit, einige wenige wurden auch leicht weinerlich, verstimmt, launenhaft. Es scheint aber, als ob auch diese kleinen Züge sich verlieren oder wenigstens nur latent verlaufen, um bei neuen Affektstößen sich zu manifestieren. Denn dies ist ohne Zweifel: das Kind, das einmal hysterisch oder hysteriform auf einen (Schreck- oder anderen) Reiz reagiert hat, bleibt disponiert für neue ähnliche Attacken, einerlei ob es für den ersten Anfall die genügende analoge Disposition hatte oder nicht. Meist ist dann der Anlaß, wie einige unserer Fälle lehren, ein ganz inadäquater; die Reizschwelle ist leichter zu überschreiten, die erste Attacke und die funktionelle Gehirnveränderung, die ihr folgte, ist Disposition für einen zweiten und für weitere Anfälle.

Wir können für die Kinder, die auf ein psychisches Trauma hin (Schreck) mit einem kurz dauernden hysterischen Anfall reagieren, die Regelmäßigkeit der endogenen Veranlagung nicht anerkennen. Da der Charakter der Kinder und ihr Benehmen Eltern und Lehrern vor der akuten Erkrankung nicht als abnorm auffiel, kann auch nicht davon gesprochen werden, daß etwa eine latent verlaufende Hysterie durch den Schreck zu einer manifesten geworden ist. Bei den Individuen vor der Pubertät scheinen diese Normen, die im erwachsenen Alter gelten, umgestoßen zu werden. Der Satz Babinskis „l'émotion, même la plus vive, ne crée pas l'hystérie" gilt erst von der Zeit jenseits der Schwelle der Pubertät; auch läßt sich von den Kindern unserer Beobachtung durchaus nicht durchweg sagen, daß sie die Keime zur Hysterie in sich trugen, daß sie (wie die Franzosen erklären) ihre Hysterie hatten und nicht bekamen. Es sei denn, daß man für solche Fälle überhaupt das Wort Hysterie nicht gelten lassen will. Bei Emminghaus, bei Tobias finden sich solche Beobachtungen, auch Lewandowsky betont, daß er Kinder sah, bei denen er „als Ursache einer hysterischen Erscheinung nichts anderes als den Schreck nachweisen konnte".

Ist es aber möglich, daß ein gesundes, nicht belastetes Kind, durch einen Schreck ein hysterisches Krankheitssymptom oder seltener eine Reihe von hysterischen Symptomen akquiriert, so ist diese Beobachtung,

Digitized by Google

wie wir sie eben mehrfach gemacht haben, von besonderer Wichtigkeit für etwaige spätere Erkrankungen der Psyche[1]). Wir gehen ja bei der Aufnahme der Anamnese Erwachsener meist weit in die frühere Kindheit zurück, besonders, seit wir gelernt haben, die Erlebnisse der Kindheit für die krankhaften seelischen Zustände des Erwachsenen mit verantwortlich zu machen. Wir werden also, wenn wir in der Vorgeschichte eines älteren Patienten auf eine vorübergehende Schreckhysterie im Kindesalter stoßen, ähnlich den Zuständen, wie wir sie oben beschrieben haben, daraus nur schließen können, daß der betreffende Mensch ein besonders leicht ansprechbares, sensibles Nervensystem hat. Wir werden aber solche Attacken in der Kindheit, die fast stets ohne erhebliche Nachteile abklingen, nicht gar zu wichtig als belastende Momente nehmen, die etwa ihrerseits wieder eine schwere endogene Veranlagung zur Voraussetzung hätten. Die Schreckreaktion bei Kindern vor der Pubertät besagt oftmals nichts anderes, als daß sich in diesem neuen psychisch abnormen Verhalten eine persönliche Veranlagung oder Disposition zu den Erscheinungsformen der Hysterie dokumentiert. Daß die hysterischen Reaktionen in unseren Fällen meist nicht zu einer schweren, sozusagen chronischen Hysterie führten, mag wohl z. T. auch an der relativen Geringfügigkeit des Reizes liegen. Die heftigsten und eklatantesten Fälle von Schreckhysterie sind nach elementaren Ereignissen, Erdbeben, Bergwerkskatastrophen oder während der Greuel eines Progroms beobachtet (vgl. darüber STIERLIN, SIEBERT u. A.). Nur daß hier dann allerdings die Grenze der Hysterie nach der Seite der echten Schreckpsychosen hin etwas erweitert oder verwischt ist (schwere Apathien, Stuporzustände, Katatonien, Dämmerzustände, KORSAKOFFsche Psychosen, Melancholien).

Auch muß erwähnt werden, daß wir die Fälle bis höchstens 2 Jahre nach der Schreckattacke beobachtet und kontrolliert haben (mehrere nur kurze Zeit). Es ist also, trotzdem die Wahrscheinlichkeit dagegen spricht, immer noch möglich, daß diese erste Erkrankung nur der erste abortive Beginn einer späteren ausgesprochenen Hysterie ist. Und auch auf einen letzten Punkt will ich hinweisen: wir halten zwar daran fest, daß es eine typische hysterische Schreckreaktion gibt, ohne daß irgendwelche nennenswerte Disposition zur Hysterie vorliegt, wir glauben also, daß unter dem Einfluß eines Schrecks, wie etwa der Angst, die mit dem Schreck ja verwandt und oft eng verbunden ist, bei einem nervengesunden Kind eine vorübergehende Hysterie zustande kommen kann. Wenn man

[1]) Daß auch gesunde Erwachsene mit hysterischen Erscheinungen und hysterischen Zustandsbildern schwerster Art (Zittern, Lähmung, Mutismus, Krämpfen) im Gefolge eines Schrecks erkranken können, daß sozusagen alle Menschen hysteriefähig sind, hat ja gerade die Kriegszeit für die Soldaten reichlich gelehrt. Wegen der Weite des Themas und der dadurch aufgerollten Probleme muß hier ein näheres Eingehen vermieden werden.

Digitized by Google

aber den Begriff der Belastung so weit faßt, wie etwa JOLLY[1]), dann zeigen auch die meisten unserer Kinder solche Anlagen und Zeichen erworbener Krankheitsdisposition, denn JOLLY rechnet dazu auch die Folgen schwächender Krankheiten, Anämie, Masturbation, ungünstige moralische Einflüsse, wie sie gerade in dem Milieu, dem die Kinder unserer Beobachtung entstammen, besonders heftig und häufig sind. Bei der Mannigfaltigkeit der hysterischen Symptome, bei der geradezu charakteristischen Buntheit des Krankheitsbildes, würde es nicht weiterbringen, die Symptomatologie unserer Fälle zahlenmäßig zu ordnen und zu sichten. Es hängt ja gerade bei der Hysterie so viel vom Zufall oder auch von der jeweiligen psychischen Verfassung des Patienten ab, mit welchen von den zahlreichen, ja unzählbaren neurotischen oder psychischen Symptomen er reagiert. Denken wir nur daran, welchen Einfluß die Imitation gerade bei Kindern, noch dazu bei suggestibeln Kindern hat, wobei ebenso leicht körperliche und seelische Phänomene nachgeahmt werden, die gerade in der augenblicklichen Gedächtnissphäre des Kindes liegen, wie solche, deren Erinnerung weit zurückreicht. Wenn nur der Affekt, der mit dem erinnerten Ereignis verknüpft wird, stark und nachhaltig genug ist, so kann in jedem Augenblick ein Gefühl zu diesem schlecht motivierten Affekt wieder ansteigen. Ganz charakteristisch ist ja hierfür das Beispiel 9. Auf der linken Seite des Kindes bricht ein Mann, wahrscheinlich infolge einer Apoplexie, gelähmt zusammen. Auf der linken Seite spürt das Kind sofort eine Lähmung der Glieder. Ähnlich sind die Fälle zu betrachten, wo die kleinen Patienten durch Tiere erschreckt werden und dann in intrapsychischer Steigerung dieser Wirkung das Bild zu richtigen Gesichtshalluzinationen von Tieren verarbeiten (Fall 6). Oder wenn Kinder einen Epileptiker hinfallen sehen und auf diesen Shock hin mit epilepsieähnlichen Zuckungen oder einem plötzlichen totenähnlichen Hinfallen antworten (Fall 7). Interesse für die Beurteilung unserer Fälle hat die Prüfung, welche Ätiologie in Frage kommt, welches Trauma hier die pathologischen Erscheinungen zum Ausbruch brachte, d. h. welcher Reiz genügte, um hysterische Schreckwirkungen zu erzeugen. Es ist das ja namentlich auch deshalb bemerkenswert, weil gerade in der Qualität des Reizes ein Maßstab für die leichte hysterische Ansprechbarkeit der Individuen gelegen ist. Es sind meist Schreckreize, die nach der gewöhnlichen Beobachtung ganz Normaler nicht zu länger dauernden pathologischen Erscheinungen zu führen pflegen. Um so merkwürdiger ist es dann, daß schwere Belastung bei den meisten dieser Kinder als Grundlage der hysterischen Reaktion nicht notiert werden konnte.

In einigen der vorstehend mitgeteilten Fälle will uns allerdings die Diagnose Hysterie zu weitgehend scheinen. Es ist schwer, hier den Unterschied klar zu legen, da die Ähnlichkeiten zwischen hysterischen

[1]) JOLLY, Berl. klin. Wochenschr. 1892, S. 842.

Digitized by Google

und anderen Schreckreaktionen in der Tat sehr groß sein können. Schon Dommrich (Jena 1849) hatte das betont, und Weber hat vor 20 Jahren wieder darauf hingewiesen, indem er zu dem Schluß kam, daß jedes Symptom der Schreckreaktion ein Symptom der Hysterie sein kann. Stellen wir die sinnfälligsten körperlichen Erscheinungen der Schreckwirkung denen der Hysterie gegenüber, so markiert sich diese Übereinstimmung deutlich. Der Schreck erzeugt: Versetzung des Atems, krampfartigen Atem, plötzlichen Herzstillstand, unregelmäßige, heftige Herzaktion, Blässe der Haut, Herzschmerz, Lähmung, besonders der Beine, Starre, Konvulsionen, Zuschnürung der Kehle, Verlust der Sprache („vox faucibus haesit"). Denken wir an ähnliche typische Zeichen der Hysterie, wie den hysterischen Schreikrampf, das Erstickungsgefühl, Asthma, die Paraplegie, Anästhesien, Krämpfe, Aphonie, Amaurose usw., so erinnern die Bilder in der Tat sehr aneinander. Allerdings ist der quantitative Unterschied, sowohl des Inhalts als der Dauer der Erkrankung meist ein ziemlich großer. Doch muß man anerkennen, daß es hier Übergangsfälle gibt, bei denen die Entscheidung schwer fällt, ob es sich schon um hysterische Reaktionen oder nur um gesteigerte affektive Erregung handelt. Dauert diese lange Zeit intensiv fort, so ist das als ein Zeichen degenerativer Veranlagung zu betrachten, besonders dann, wenn sich bei den Individuen zu den psychischen Schreckerscheinungen noch Phobien oder leichte Zwangszustände hinzugesellen. Wenn der Schreck keinen hysterischen Zustand hervorruft, so bewirkt er, vorwiegend bei erblich belasteten Kindern (im Gegensatz zu den beschriebenen Fällen von kindlicher Hysterie), einen meist rasch vorübergehenden psychischen Zustand, der durch paroxysmale Gehirnanämie bedingt ist und durch diese auch seine ausreichende Erklärung findet. Es sind meist Kinder mit neuro- oder psychopathischer Diathese, bei denen sich an die Schreckemotion ein Zustand anschließt, den man als Schreckneurose bezeichnen kann. Ziehen meint, man könne in solchen Fällen geradezu von einer pathologischen vasomotorischen Veranlagung oder Konstitution sprechen; und Bonhoeffer sagt direkt, daß im Gegensatz zu anderen psychischen Erregungen die Schreckreaktion einen vasomotorischen neurotischen Komplex hervorruft, nicht aber den hysterischen, daß auf dem Wege einer plötzlich einsetzenden und nachhaltigen Schreckwirkung eine Hirnalteration sich entwickeln kann, die in ihrer Wirkung einer zirkulatorisch oder traumatisch bedingten durchaus gleichzusetzen ist. Wenn wir bei der Erläuterung der Schreckhysterie der Kinder hervorheben konnten, daß die Krankheitsbilder keinen ausgesprochenen selbständigen psychotischen Charakter haben, so können wir das bei manchen anderen Fällen noch nachdrücklicher. Bei dem, was wir unter Schreckneurose sensu strictiori verstehen, handelt es sich entweder um erhebliche qualitative Steigerungen psychopathischer Reaktionen oder sogar nur um eine Steigerung und Verlängerung physiologischer Schreckwirkungen,

Digitized by Google

die nicht einmal auf degenerativer oder psychopathischer Basis sich zu entwickeln brauchen. Trifft der Schreck dann ein an sich schon neuropathisches Kind, so sind die Erscheinungen eingewurzelter und verlieren sich auch nur sehr langsam.

Die prominentesten Symptome dieser Zustände sind: dauernde Schreckhaftigkeit, Angst vor Reizen, die dem krankmachenden ähneln oder mit ihm nur in leisem Zusammenhang stehen, Erregbarkeit des Herzens, Herzklopfen, Herzstiche, Aussetzen und Flattern des Pulses, leichtes Blaßwerden. Unruhe vor dem Schlafengehen, ängstliches Einschlafen, Aufschrecken bei Nacht, Schwitzen, Erröten, Hang zur Exaltation, zur Weinerlichkeit oder zu Verstimmungen in schwereren Fällen, Interesselosigkeit und eine gewisse Apathie und Abstumpfung des Gefühls für die sonstigen Vergnügungen der Kinder, gelegentlich zwangmäßiges Denken an das Schreckerlebnis. Es sind das also im wesentlichen die Erscheinungen der Neurasthenia cordis, der Herzneurose, verbunden mit Angst und einer affektiven Erregbarkeit, gelegentlich auch Verstimmung. Dieser vasomotorische Komplex gemischt mit leichten psychischen Veränderungen, besonders Angst und Erregung, ist das Hauptcharakteristikum der Schreckneurose bei den Kindern. Subjektiv treten dazu die Gefühle des Kopfschmerzes, Schwindels, Verdauungsbeschwerden, Schwitzen. Während bei den echten Hysterikern das Erlebnis in die Sphäre des Unbewußten versenkt wird, bleibt es hier an der Oberfläche haften, bereit, jeden Augenblick auf gleichen Anreiz hin wieder in die Erscheinung, ins volle Bewußtsein zu treten. Das Erlebnis, das einmal einen pathologischen, wenn auch kurzdauernden psychischen Zustand hervorrief, bleibt monatelang noch als auslösendes Moment für alle möglichen kleinen Exazerbationen der abklingenden Erkrankung bestehen. War die Schreckursache ein kläffender Hund, so behalten die Kinder die Furcht von den Hunden bei, war der krankmachende Reiz ein Blitzschlag, so bleibt die Gewitterfurcht als Residuum zurück, war die Dunkelheit bei Auslösung der Erscheinungen maßgebend, so resultiert daraus meist die Angst vor der Nacht, vor der Dunkelheit, vor dem Alleinsein. Solcher Fälle haben wir eine ganze Menge beobachtet; sie gleichen sich in der Art ihrer Entstehung wie in der Art ihrer Rückbildung. Die leichten Fälle, die nach einigen Tagen oder Wochen als geheilt zu betrachten sind, beziehen sich auf normale, weichherzige, gutmütige, intellektuell nicht defekte, erblich höchstens unwesentlich belastete Kinder. Ob man das schon zur Schreckneurose rechnet, ist gleichgültig; man kann gerade so gut sagen, daß es sich um Übertreibungen physiologischer Affekte handelt.

Die schwereren Fälle von Schreckneurose haben, wie wir bei Sichtung unseres Krankenmaterials konstatieren konnten, so viel Ähnlichkeit mit der Hysterie, daß man sie kaum scharf von derselben trennen kann. Wenn man ängstlich mit der Rubrizierung der Krankheitsbilder

Digitized by Google

ist, so wird man eine typische Neurose, die sich an ein psychisches Trauma anschließt, schon zur Hysterie rechnen, wenn sich an den Schreck ein minutenlanger Zustand anschließt, in dem die Betroffenen ziellos umher laufen, fortrennen, ohne später davon zu wissen (abortiver Dämmerzustand); oder wenn sie im Anschluß an den Schreck in einen stuporähnlichen Zustand von Bewegungs- und Entschlußunfähigkeit geraten. So weit kann man gewiß gehen (und LEWANDOWSKY tut es). Das Wesentliche der psychischen Störung scheint uns aber doch nicht immer mit diesen oder ähnlichen vorübergehenden Attacken erschöpft. Gewiß treffen wir auf solche psychischen Momente auch bei den Patienten, die wir der Schreckneurose vorbehalten wollen; aber im Vordergrund des Bildes stehen doch andere Erscheinungen, die im wesentlichen vasomotorische Reaktionen sind, wie Herzangst, Herzklopfen, Labilität und Aussetzen des Pulses, Konstriktionsgefühle, Schreckhaftigkeit, Erwartungsfurcht und überwertige Angstvorstellungen, Schlaflosigkeit, ängstliche Träume, Aufschrecken, Schweißausbrüche, „kurz, das Bild der Herzneurose mit Andeutung von Phobien" (BONHOEFFER).

Auch nachdem wir alle Krankengeschichten, die hysterieverdächtig waren, ausgemerzt hatten, blieben noch einige übrig, die uns dieses Bild der Schreckneurose rein zu bewahren schienen. Das Auftreten eines kurzen Schreikrampfes, einer momentanen Bewegungsunfähigkeit, einer im akutesten Stadium des Schrecks bemerkten subjektiven Sehstörung ändert an der Diagnose nichts. Wir glauben mit STIERLIN und BONHOEFFER, daß eine Schreckneurose sensu strictiori als selbständiges Krankheitsbild von der Schreckhysterie abzugrenzen ist. Wenn die Angst, die doch ebenso sehr zum Bild der Neurose wie zu dem der Hysterie gehört, sich bei Kindern hochgradig steigert, so ist auch auf eine Vision, besonders wenn sie im Dunkeln entsteht, nicht so viel zu geben, daß gleich die Diagnose der Schreckneurose umgestürzt werden müßte. Gerade bei den Anfällen von Pavor nocturnus, die wir gelegentlich rasch an Schreck sich anschließen sehen, treffen wir solche ängstlichen Visionen gern an. Auch dafür bieten unsere Krankengeschichten genugsam Beweis, daß die ersten Einwirkungen des Schrecks sich in den Symptomen der Schreckneurose im engeren Sinne zeigen, daß dann aber allmählich und im Gefolge intrapsychischer Verarbeitung der schreckhaften Vorstellungen sich schärfere, gehäuftere, durchhaltendere Züge offenbaren, die das Gepräge der Hysterie deutlich annehmen. Diese Übergänge können aber vollkommen fehlen, mit dem Abklingen der erhöhten Schreckreaktion und der den ganzen kardiovaskulären Komplex bildenden Symptome kann die Krankheit bereits ihre Höhe und ihr Ende erreicht haben. Wir haben dann in Reinheit die Schreckneurose vor uns. Nur in einem Teil der Fälle setzt hier die psychische Verarbeitung und Fixierung des Erlebten ein. Damit erst entwickelt sich sekundär ein hysterischer Komplex (BONHOEFFER); die Schreckneurose setzt sich

Digitized by Google

unmittelbar an den Schreckreiz an, erst die psychogene Verarbeitung bewirkt mittelbar das hysterische Bild, das sich in einer symptomfreien Latenzzeit vorbereitet. Schreckerlebnis und neurotische Störung folgen sich bei der Schreckneurose ohne Intervall, nur die Hysterie kennt diese Zwischenräume des Wartens und der Überlegung.

Was ein gewaltiger Schreck, eine Katastrophe etwa, an einem normalen, ein leichter Schreck an einem entarteten Gehirn an Veränderungen hervorrufen kann, haben wir in unseren physiologischen Erörterungen schon hervorgehoben. Was klinisch dabei zutage treten kann, ist aus unseren Krankenblättern zu ersehen. Diese — sozusagen normalen — Reaktionen hat Dommrich in gut beobachtender Art folgendermaßen geschildert: „Der Schreck gleicht einem schlagenden Blitze in der Plötzlichkeit des Entstehens, der Kürze seiner Dauer und der Verderblichkeit seiner Wirkung. Im Bewußtsein tritt eine momentane Leere an Vorstellungen ein und im höchsten Grade gänzlicher Verlust des Bewußtseins. Die Atmungsmuskeln werden momentan zuckend zusammengezogen, dann gelähmt. Die Bewegung des Herzens stockt, Leichenblässe lagert sich über dem Gesicht. Die Knie wanken, die gelähmten Muskeln vermögen der Schwere nicht mehr Widerstand zu leisten, der Mensch fällt sinnlos, bewegungslos und bewußtlos zur Erde. Nimmt jetzt die Zentralstelle der Atmung das normale Spiel der von ihr unterhaltenen Bewegungen wieder auf, dann ist die Möglichkeit der Wiederkehr des unversehrten Lebens gegeben. In seltenen Fällen tritt der Tod ein.“ Was dieser Beobachter so drastisch geschildert und an einigen Fällen belegt, was Stierlin mit Ausnutzung eines großen Materials bewiesen hat, haben moderne Forscher durch die physiologischen Vorgänge an Hirnzelle und Hirngefäßen zu erklären versucht. Der Schreck wirkt auf das Gehirn durch Ausschaltung der Hirnrinde, wie bei Ohnmachten oder Erschütterungen, durch hemmende Wirkung auf Herz- und Atemzentrum (siehe auch Kühne, Neurol. Centralbl. 1910). Präzis hat Berger das, was im Gehirn makroskopisch vorgeht, geschildert: „Ein Schreck geht mit einer fast momentan einsetzenden hochgradigen Zusammenziehung der Hirngefäße einher, wobei das Gehirnvolumen vermehrt erscheint. Nach wenigen Sekunden erfolgt eine vollständige Erschlaffung der Hirngefäße und eine Abnahme des Hirnvolumens.“

Wir glauben, daß durch diese Vorgänge im Gehirn gar manche Erscheinung gerade der Schreckneurose erklärt ist: das momentane Abreißen der Gedanken, das Sistieren des Vorstellungsablaufs, das momentane Schwinden des Bewußtseins, die Blässe des Gesichts, Kälte und Zittern in den Händen, die Pulsveränderung. Der Schreck wirkt um so länger nach, je mehr das Individuum dazu prädestiniert ist. Beim Erwachsenen kann jeder erworbene schwächende Faktor solche Disposition abgeben: Alkohol, Senium, Syphilis; bei Kindern jede angeborene Veranlagung: Neuropathie mit der Neigung zur Schreckhaftigkeit oder die Fähigkeit,

Digitized by Google

seelische Momente rasch in motorische umzusetzen (Hysterie). Die Kinder, bei denen eine Neurose die Folge eines unlustbetonten Erlebnisses wurde, sind übrigens in ihrer Affektivität weit weniger alteriert, als die Hysterischen, bei denen die Empfindlichkeit, die Labilität ihrer Affektlage geradezu charakteristisch ist. Oder sie ist doch mehr paroxysmal, sich in Anfällen von Angst und Schrecken kundgebend, während der Hysterische auch am Vorhalt speziell hysterischer Zustände seinen eigentümlichen Charakter nicht verleugnet. Diese Unterscheidung ist allerdings bei Kindern mit den fließenden Übergängen von Neurose zu Hysterie sehr schwer.

Es bleiben nunmehr neben den publizierten Fällen pathologischer Schreckreaktionen noch zwei Beobachtungen übrig, die weder zum Gebiet der Hysterie noch zur eigentlichen Schreckneurose gehören. Sie seien, da sie kleine Besonderheiten zeigen, isoliert betrachtet. Der Schreck spielt hier wohl auch nur eine nebengeordnete Rolle.

E. R., 10 Jahre. Beob. 12. X. 1912.

Vater leidet an heftigen Kopfschmerzen, Patient ist asphyktisch zur Welt gekommen, lernt in der Schule sehr gut, hat Keuchhusten, Masern und Darmkatarrh durchgemacht. Vor ½ Jahr wurde Patient von Auto angefahren, lag in Längsrichtung zwischen den Rädern, der Kopf zeigte zwei oberflächliche Verletzungen, die Nase blutete, keine Bewußtlosigkeit, kein Erbrechen. Zu Hause Kopfschmerzen in der linken Schläfengegend. Einen Monat nach dem Unfall sah Patient nachts im Wachen plötzlich Gestalten, die wie kleine Männer ohne Köpfe aussahen. Patient betont ausdrücklich, daß er diese Erscheinungen nicht im Traum hatte. Die Männer sprangen herum, sprachen aber nicht. In letzter Zeit sieht er die Gestalten auch am Tag, z. B. wenn er rechnet oder schreibt, „kleine Männchen ohne Köpfe und ohne Hände, nur Beine.“ (Er zeichnet die Gestalten aufs Papier auf.) Patient hat Angst vor den Gestalten und spricht sie an, wundert sich, keine Antwort zu bekommen. Beim Schreiben sieht er ungefähr 10 auf einmal, nach dem Schreiben verschwinden sie. Beim Sehen der Gestalten klagt er über heftigen Kopfschmerz, bei stärkeren Kopfschmerzen nehmen auch die Gestalten an Deutlichkeit zu. Objektiv kein krankhafter Befund, psychisch auffallende Intelligenz, Altklugkeit.

Die spezialistische Untersuchung durch Augenarzt ergab beiderseits stärkste Hyperopie. Seit Tragen der Brille sind die Gestalten verschwunden.

H. B., 12 Jahre. Beob. 8. I. 1912.

Vater „nervös“, Mutter hatte zwei Aborte, ein Bruder erhängte sich mit 14 Jahren in geistiger Umnachtung. Im Anschluß daran bekam Patient regelmäßig Anfälle von Pavor nocturnus. Außerdem ist er seit dem Tode des Bruders geistig und gemütlich stark verändert. Das Lernen in der Schule geht langsam und schlecht vorwärts, obschon er fleißig und willig ist. Er verlor das Interesse an der Umgebung, sitzt stundenlang untätig und apathisch umher, reagiert dann auf keinen Anruf, fängt leicht an zu

Digitized by Google

weinen, wird wütend und gereizt, wenn ihm etwas nicht zu Willen geschieht. Diese Zustände wechseln mit Zuständen von abnormer Lustigkeit, wo er umherspringt, tätig ist und singt. Abends glaubt er den verstorbenen Bruder mit der Geige dastehen zu sehen, der ihn ruft. Die Mutter gibt nachträglich an, daß dieser verstorbene Bruder ein typischer Somnambuler gewesen ist. Während Patient vorher ein ganz normaler Junge gewesen sei, sei er seit dem Tode des Bruders „furchtbar" verändert.

Die stuporösen Zustände, sowie die abnorme Erregbarkeit und die plötzliche Veränderung der ganzen psychischen Persönlichkeit ließen zuerst an eine beginnende Katatonie denken; Nachuntersuchung nach 1¾ Jahren ergab aber, daß es sich wohl nur um schwere Affektschwankungen bei einem Degenerierten handelte, die im Lauf der Monate an Häufigkeit und an Intensität wesentlich nachgelassen hatten und in den Intervallen ein psychisch einwandfreies Individuum erkennen ließen.

Ich habe hier nur zwei aus einer größeren Reihe ähnlicher Fälle publiziert. Diese Fälle zeigen ein Bild, das im einzelnen über das durchschnittliche Maß psychopathischer und psychogener Reaktion hinausgeht. Die Veränderungen des Vorstellungs- und Gefühlslebens, die hier der Schreck im Gefolge hat, sind sehr nachdrücklich. Es rücken Momente, die bei der Hysterie der Kinder und auch bei der Schreckneurose selten und vereinzelt sind, mindestens nicht im Vordergrunde stehen, selbständig heraus. Die Angst steigert sich zu visionären Auslegungen, Halluzinationen treten auf, die Schreckhaftigkeit und Empfindlichkeit gegen allerhand unbedeutende Reize steigert sich Tag für Tag, die Angstvorstellungen gehen in die Traumbilder über. Geistig verändern sich die Kinder stark, sie werden uninteressierter, apathisch, sitzen herum, zeigen gelegentlich Phasen abnormer Lustigkeit oder abnormer Depression, vernachlässigen die Schule, in der sie unaufmerksamer werden. Diese Kinder sind erblich belastet. Der Zustand erinnert mehr oder weniger an beginnende Psychosen, ohne deren geschlossenen Charakter zu erreichen. Was aus den Kindern wird, kann bei der relativ kurzen Beobachtungszeit nicht immer gesagt werden. Doch ist der Verdacht, daß sich eine Katatonie oder auch einmal ein manisch-depressives Irresein an den Schreck anschließt, sehr naheliegend. Dann kann der Schreckreiz natürlich nur als auslösendes Moment bei degenerierter Psyche angesprochen werden.

In den beiden Fällen, in denen nach längerer Zeit eine katamnestische Erhebung möglich war, hatten sich die Krankheitsbilder allerdings harmloser geklärt. Das eine Mal war sicher ein organisches Augenleiden mit verantwortlich zu machen für das Zustandekommen der Visionen; in dem zweiten Fall entstand aus dem Verdacht der Katatonie die Diagnose des degenerativen Irreseins.

Digitized by Google

VII.

Prognose.

Über die **Prognose** der krankhaften Schreckreaktionen bei Kindern ist im Vorhergehenden schon genügend gesprochen. Sie ist im allgemeinen bei gesunden, unbelasteten Kindern, die eine korrekte Erziehung bei Eltern und Lehrern erfahren, eine ausgezeichnete. Die Kinder kommen über die akuten Erscheinungen in Stunden oder Tagen, über etwa restierende nervöse Nachbeschwerden (besonders Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit und Erregbarkeit) in Wochen oder (wenigen) Monaten hinweg, sie vergessen den Anlaß ihrer Erkrankung; durch das Versenken dieser Erinnerung werden, nicht zuletzt unter dem Einfluß elterlicher Erziehung und ärztlichen Rates, seelische Kräfte zur Aufnahme neuer, lustbetonter Reize frei; der Tendenz, an das Angsterlebnis neue Angst- und Schreckvorstellungen anzugliedern wird damit der fruchtbare Boden entzogen. Die allgemein gute Prognose der Hysterie im Kindesalter hat auch Tobias hervorgehoben, der (unter 21 Fällen) 76 % Dauerheilungen fand. Schmidt ging in seiner Beurteilung zu streng vor, indem er leichte nervöse Erscheinungen, wie Kopfschmerz während der Menses, bereits noch als Reste hysterischer Erkrankungen auffaßte. Dennoch fand er 62,5 % Dauerheilungen (bei weiterer Fassung des Begriffs „Heilung" sicher 90 %). Allerdings beschränkte er sich bei vielen Nachuntersuchungen nur auf schriftliche Angaben, die gewiß gerade Hysterischen gegenüber unangebracht ist. Auch Duvoisin fand, daß schwere Formen kindlicher Hysterie restlos abheilen können, doch gibt seine Statistik mit 54,6 % Dauerheilungen ein relativ schlechtes Resultat. Nach meinen Erfahrungen heilen mindestens die Hälfte der Schreckneurosen und Hysterien im Kindesalter vollkommen ab, ohne Störungen zu hinterlassen. Bei wenigen restieren allgemein-nervöse Symptome, wie Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Neigung zu Kopfschmerz. Und nur die Degenerativen, die besonders durch Trunksucht in der Aszendenz Belasteten, zeigen dauernd schwere psychopathische und hysterische Züge. Dabei liegen diese gewiß in der ererbten Prädisposition, nicht aber in der auslösenden Schreckursache begründet. Bezüglich dieser für die Prognose sehr wichtigen Frage der erblichen Belastung sei auf unsere Ausführungen Seite 46 verwiesen. Ebenso auf die einschlägigen Arbeiten von Diem (Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie II, 2) und Tobias (Berlin 1913, S. 99). Wenn Jolly als disponiert für Hysterie alle Individuen nennt mit lebhafter Gemütstätigkeit und Neigung zu starken und wechselnden Affekten bei geringer Energie des Willens, so können wir das für die Kinder vor dem Einsetzen der Pubertät wörtlich unterschreiben und treffen damit ungefähr alle Kinder, ausgenommen etwa die phlegmatischen und imbezillen. Die Prognose bleibt gut, wenn

Digitized by Google

ihr nicht schlechtes Milieu und verweichlichende Erziehung entgegenarbeiten. (Siehe auch Bruns, „Die Hysterie im Kindesalter", Halle 1897.)

VIII.

Therapie.

Die **Therapie** wird deshalb dem physiologischen Vorgang der Ableitung und Ablenkung nachgehen und ihn zu stützen suchen. Ein gewisser Schwerpunkt der Behandlung wird darauf ruhen müssen, die Umgebung des Kindes zu behandeln und ihr die nötigen, ärztlich zweckmäßigen Richtungslinien im Verkehr mit dem Patienten vorzuschreiben. Da ist es gewiß bei den leichteren Fällen gut, den Begriff des Krankseins, des Patiententums von vornherein auszuschalten oder auf ein Mindestmaß zu beschränken. Angedeutete, leichte nervöse Beschwerden können oft durch Ignorieren oder mahnenden Zuspruch besser geheilt werden, als durch Diskussionen, ärztliche Konsultationen, Untersuchungen und Verordnungen. Dem Hang mancher Kinder, sich in ihren kranken Stunden interessant und wichtig vorzukommen, diesem Hang, der so oft zur Vergröberungen in der Darstellung der Beschwerden führt und sehr wohl einmal die erste Grundlage einer Hysterie des Erwachsenen abgibt, diesem Hang soll man nicht durch Analysieren des Einzelsymptoms, durch nachdrückliches Erforschen und Ausfragen Vorschub leisten. Je schneller es gelingt, den Kindern die Überzeugung beizubringen, daß sie nicht krank sind, desto schneller tritt die wirkliche Heilung ein. Dazu gehört allerdings, daß gegen erhebliche Störungen (in mittelschweren und schweren Fällen) auch schnell und wirksam eingegriffen wird. Vor allem wird man für ruhige Nächte sorgen. Die Kinder, die am Tage schon ihre Erinnerungen an das schreckhafte Erlebnis verloren haben, erwachen oft nachts mit Angst- und Beklemmungsgefühlen, erleben im Traum den Schreck noch einmal, wachen erregt auf, fürchten sich vor der Einsamkeit und Dunkelheit. Gerade weil die Beobachtung am Tage schon eine Heilung vortäuschen kann, die durch solche nächtlichen Attacken wieder illusorisch gemacht wird, sollte man prinzipiell allen Kindern mit den Zeichen der Schreckneurose und -hysterie zwei bis drei Wochen lang vor dem Schlafengehen heiße Ganzpackungen (eine Stunde lang) verabfolgen und ihnen regelmäßig dem Alter entsprechende Bromdosen (oder Valerianapräparate) verordnen. Es ist das auch gleichzeitig eine Maßnahme, die den beruhigenden Einfluß der Umgebung stärkt, während unruhige, bewegte Nächte der kleinen Patienten die Eltern selbst in Unruhe bringen und dann zu überflüssigem, schädlichem Bemitleiden und Verzärteln derselben führt.

Digitized by Google

Die Aussprache über den Schreck und seine Folgen bleibt tunlichst auf die möglichst seltenen ärztlichen Untersuchungen beschränkt. Deshalb ist es auch in den meisten Fällen erwünscht, in schweren Fällen Bedingung für die Besserung, daß den Kindern der Besuch der Schule verboten wird. Wie lange dieser Dispens dauern soll, darüber entscheidet die Schwere des klinischen Bildes und die körperliche Gesamtkonstitution des Kindes. Allerdings müssen die hygienischen, besonders Wohn-, Luft- und Pflegeverhältnisse des Hauses derart sein, daß eine Kur Erfolg zeitigen kann. Von einer Krankenhausaufnahme ist wohl immer abzuraten, eine Sanatoriumbehandlung wirkt als Nachkur in der Periode der Besserung gesünder, als im Beginn der ausgelösten psychopathischen Erscheinungen. Die Entfernung aus der Schule, die nur in den leichtesten Fällen entbehrt werden kann, widerspricht zwar dem Prinzip des möglichsten Ignorierens der Erkrankung, ist aber deshalb von Wert, weil erstens hier wieder Stoff zum phantastischen Ausspinnen des kleinen Geschehnisses und der großen Beschwerden gegeben wäre; und weil zum anderen die Kinder in der Schule sehr unaufmerksam, auch wohl unruhig sind und so Anlaß zu Bestrafungen geben, die wiederum von ihnen und von den Eltern als ungerechte Waffe gegen einen Kranken angesehen werden. In den von uns publizierten Fällen betrug der angeordnete Schuldispens 2—6 Wochen, selten monatelang. Hier lag stets ein endogenes Moment vor, das auch sonst die Behandlung der Patienten intensiver und energischer hätte gestalten müssen. Unsere Therapie, wie sie sich außerhalb des rein Suggestiven gestaltete, war darauf gerichtet, die Kinder von ihren Beschwerden abzulenken, sie vor den Belehrungen und Explorationen der Angehörigen und Freunde zu schützen, einen Mittelweg zwischen Beschäftigung und Ausruhen dem Temperament des einzelnen Patienten entsprechend zu schaffen und zu gleicher Zeit Abhärtung wie Beruhigung zu erzielen. Ein mit den Eltern verabredeter Stundenplan gab dazu die beste Basis. Die Ruhe nach dem Mittagessen ist für die meisten dieser Kinder die beste Einleitung des Nachtschlafs. Daneben wurden kühle oder spirituöse Abreibungen des Morgens gut vertragen und gelobt, stark sich vordrängende Einzelbeschwerden konnten bequemer beseitigt werden, als gerade die allgemeineren und gewöhnlich hartnäckigeren nervösen Zeichen der Reizbarkeit. Die Herzbeschwerden und sonstige vasomotorische Erscheinungen verschwinden mit den Allgemeinerscheinungen. Die bekannten Mittel (Valeriana, Arsen, Bäder) sind auch hier unentbehrlich. Nicht selten handelt es sich bei unseren kleinen Kranken um besonders schwächliche, blasse, unterernährte Individuen, bei denen durch die Erinnerung an den Schreck auch noch weiterhin Ekel vor Speisen, Appetitlosigkeit, Übelkeit hervorgerufen wird, ein Moment, dem in der Diät ein besonderes Gewicht zugelegt werden muß. Wo die Schreckreaktion nur der Ausdruck einer vorhandenen nervösen Konstitution ist, treten zu diesen therapeutischen Gesichtspunkten noch andere hinzu, die zu entwickeln hier nicht der Platz ist. Obgleich bei den

Digitized by Google

Kindern, die in der Pubertät stehen, sexuelle Momente in der besonderen Fixierung ihrer krankhaften Züge gewiß häufig eine Rolle spielen, ist dringend vor einer nach diesem Verdacht hin orientierten ärztlichen Enträtselkunst zu warnen. Viel ist von der hypnotischen Suggestion bei Versagen von Wachsuggestionen auch nicht zu erwarten. Zwar fehlen mir die nötigen Erfahrungen über Hypnotisieren der Kinder (vor dem 14. Lebensjahr wird sie wohl überhaupt kaum anzuwenden sein); aber theoretisch schon ist die Methode wegen der damit verbundenen oder erzeugten Verweichlichung und wegen des für Rückfälle bequem hingeworfenen Rettungsankers generell abzulehnen. Sicher für frische Fälle, die unter Ignorieren oder allgemein-suggestiven Maßnahmen fast immer abheilen. Ist das Milieu verderblich — hysterische Kinder stammen oft von hysterischen Eltern —, so ist ein kurzer Behandlungsplan außerhalb des gewohnten und verzärtelnden, Angst und Neurose übertrieben ernst nehmenden Elternhauses durchzuführen. Ob man die kalte Dusche und den elektrischen Strom, ob man strengen oder mild erklärenden Ton zu Hilfe nimmt, ob man die Überrumpelungsmethode oder die der zweckbewußten Vernachlässigung bevorzugt, ist Geschmack- und Erfahrungsangelegenheit, ist schließlich auch gleichgültig. Die Hauptsache bleibt: dem Kind möglichst wenig Zeit zum Kranksein zu lassen und möglichst alles, was an die auslösende Ursache erinnert, schnell auszuschalten. Da bewußte Übertreibungen äußerst selten sind, bei Kindern wenigstens auch heute noch Simulationsversuche als Ausfluß krankhafter psychischer Grundlage zu deuten sind, so kann man sagen: bei richtiger Diagnose wird die Schreckhysterie und vasomotorische Schreckneurose der Kinder stets rasch und rezidivfrei geheilt.

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06858 0367

Ich erhebe in gleicher Weise wie der größere Teil der wissenschaftlichen Verlagsbuchhandlungen auf meine bis zum 31. Dezember 1916 erschienenen Verlagswerke mit Ausnahme der Zeitschriften einen Kriegsteuerungszuschlag von 20 % auf die Ladenpreise, wie sie in den Katalogen und meinen Verlagsanzeigen genannt sind. Der vermittelnde Sortimentsbuchhändler hat das Recht, weitere 10 % vom Ladenpreis aufzuschlagen.

Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns

unter Berücksichtigung der psychischen Sonderzustände im Jugendalter. Herausgegeben von Dr. med. **H. Vogt,** Professor, Nervenarzt in Wiesbaden und Dr. med. et phil. **W. Weygandt,** Professor, Direktor der Hamburger Staatsirrenanstalt Friedrichsberg.

Erstes Heft: **Geschichte der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns. — Psychologie und Anatomie des normalen Kindes. — Ursachen des Schwachsinns.** — Bearbeitet von Privatdozent Dr. Bühler, Bonn, Prof. Dr. H. Vogt, Frankfurt a. M., Dr. H. Klose, Frankfurt a. M. und Prof. W. Weygandt, Hamburg. 1911. Preis: 5 Mark.

Zweites Heft: **Das Blindenwesen. — Die Hilfsschule. — Lehr- und Lernmittel (einschl. Jugendliteratur) für heilpädagogische Schulen und Anstalten. — Minderbegabte an höheren Schulen.** — Bearbeitet von G. Fischer, Vorsteher der Blindenanstalt in Braunschweig, F. Frenzel, Hauptlehrer in Stolp i. Pom., A. Henzel, Rektor in Frankfurt a. M., Dr. phil. Theod. Heller, Wien-Grinzing. Mit 84 Abbildungen. 1912. Preis: 5 Mark 60 Pf.

Das Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns unter Berücksichtigung der psychischen Sonderzustände des Jugendalters stellt etwas ganz Neues dar. Es ist bestrebt, einen wissenschaftlichen Querschnitt durch ein in lebhafter Vorwärtsentwicklung begriffenes Spezialfach zu geben. In der Schwachsinnigenfürsorge, in der Deutschland Bahnbrechendes geleistet hat, wird hier unter medizinischer Führung auch von juristischer, pädagogischer, psychologischer und nationalökonomischer Seite das Problem dargestellt. Die einzelnen Abschnitte sollen das Wichtigste in einer dem Arzt wie dem Lehrer verständlichen Weise enthalten, auch widerstreitende Meinungen erörtern, aber sich keineswegs, vor allem bei medizinischen Streitfragen, in schwer übersehbare Details verlieren. Die Herausgeber haben es verstanden, für die einzelnen Abschnitte Mitarbeiter zu gewinnen, die besondere Fachkenntnisse auf dem betreffenden Sondergebiet besitzen.

Das Handbuch erscheint in 7 Lieferungen im Gesamtumfang von etwa 50 Druckbogen.

Die Hypnose und die Suggestion.

Ihr Wesen, ihre Wirkungsweise und ihre Bedeutung und Stellung unter den Heilmitteln. Von Dr. med. **W. Hilger** in Magdeburg-S. (VI, 194 S. gr. 8°.) 1909. Preis: 4 Mark.

Inhalt: 1. Wesen und Wirkungsweise der Hypnose und der Suggestion. 2. Suggestion und Wille. 3. Einfluß der Willenstätigkeit, der Suggestion und sonstiger psychischer Faktoren auf die Störungen im Gebiete der Empfindungen. 4. Die Störungen der Reflextätigkeit und ihre Behandlung. — Personen- und Sachregister.

Deutsche medizin. Wochenschrift, Nr. 2 vom 13. Januar 1910:

Trotz der Betonung des hypnotischen Einflusses legt das vorliegende Buch Wert auf die Beihilfe der Erziehung, der Uebung, der Ablenkung und Aufmerksamkeit u. a. Es erweckt das Verständnis für die psychischen Vorgänge und besonders für das Wesen der Hypnose und der Suggestion unter geschickter Benutzung von Beispielen und Bildern und zeigt in gesonderten Kapiteln die Einwirkung der Suggestion auf die Sphären der Bewegung, der Empfindung und des Reflexes. Dem Praktiker sei das Buch bestens empfohlen, er kann viel daraus lernen. H. Kron (Berlin).

Irrenanstalten, Idioten- und Epileptikeranstalten

mit besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit des Arztes in denselben. Von Dr. **Georg Ilberg,** Oberarzt an der Kgl. sächs. Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Großschweidnitz. (Abdr. a. d. Handb. d. soz. Mediz., Bd. [illegible] herausgegeben von **Fürst** und **Windscheid.**) 1904. Preis: 2 Mark 50 Pf.

Digitized by Google

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Soeben erschien:

Die geistige Entwicklung des Kindes.

Von

Karl Bühler,
a. o. Professor an der Universität München.

Mit 26 Abbildungen im Text. (XVI, 388 S. gr. 8°.) 1918.

Preis: 10 Mark.

Inhalt: Erstes Kapitel. **Einleitung.** 1. Ueber die Geschichte, den Gegenstand und die Methoden der Kinderpsychologie. 2. Ueber die körperliche Entwicklung des Kindes. — Zweites Kapitel. **Die Anfänge des Seelenlebens.** 3. Ueber die Bewußtseinsvorgänge des Neugeborenen. 4. Die Entwicklung des aktiven und zweckmäßigen Gebrauchs der Sinne. 5. Ueber die ersten Gedächtnisleistungen. 6. Die ersten Gefühle und Affekte. 7. Die ersten Willensakte. — Drittes Kapitel. **Die Entwicklung der Raum- u. Zeitanschauung und der Auffassungsfunktionen.** 8. Die Ausbildung der Raumanschauung und der Zeitanschauung. 9. Das Vergleichen und die Relationswahrnehmung. 10. Aufmerksamkeit und Abstraktionsleistungen. 11. Die Zahlwahrnehmungen, das Zählen und das Rechnen. 12. Ueber die Dingauffassung und andere „kategoriale" Formungen der Wahrnehmungsinhalte. — Viertes Kapitel. **Die Entwicklung der Sprache.** 13. Zur Phonetik der Kindersprache. 14. Die Entwicklung der Wortbedeutungen. 15. Ueber den Erwerb der Wortformen. 16. Die Entwicklung des Satzes und der Satzgefüge. — Fünftes Kapitel. **Die Entwicklung des Zeichnens.** 17. Die Vorstadien. 18. Das Schema. 19. Das erscheinungstreue Bild. 20. Das Zeichnen und die Sprache. Die völkergeschichtliche Parallele zu den Kinderzeichnungen. — Sechstes Kapitel. **Die Entwicklung der Vorstellungstätigkeit.** 21. Ueber die Erinnerungen und andere höhere Gedächtnisleistungen des Kindes. 22. Die Phantasietätigkeit des spielenden Kindes. 23. Ueber das Märchenalter des Kindes und die literarpsychologische Analyse der Kindermärchen. 24. Die Märchenphantasie des Kindes. — Siebentes Kapitel. **Die Entwicklung des Denkens.** 25. Zur Analyse der Denkprozesse. 26. Ueber das vorsprachliche Denken des Kindes. 27. Ueber das sprachliche Denken des Kindes. 28. Biologische Betrachtungen. — Achtes Kapitel. **Ueber die Gesetze und die Ursachen der geistigen Entwicklung.** 29. Ueber allgemeine Entwicklungsregeln. 30. Ueber die Vererbung körperlicher und seelischer Anlagen. 31. Die Bedeutung des Spieles in der geistigen Entwicklung des Kindes. — Namenverzeichnis. — Sachverzeichnis.

G. Pätz'sche Buchdr. Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. d. S.

Digitized by Google